



**HAL**  
open science

# Attente des patients lors de leur première consultation pour troubles du sommeil en médecine générale

Clément Favre

► **To cite this version:**

Clément Favre. Attente des patients lors de leur première consultation pour troubles du sommeil en médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932363

**HAL Id: hal-01932363**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932363>**

Submitted on 23 Nov 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

**Clément FAVRE**

Le 7 novembre 2017

**Attente des patients lors de leur première consultation  
pour troubles du sommeil en médecine générale**

**Membres du jury :**

Président : M. le Professeur Kabuth Bernard

Juges : Mme le Professeur Kanny Gisèle

M. le Professeur Olivier Jean-Luc

M. Knapp Jean-Michel, médecin généraliste

4 septembre 2017



**UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE  
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :  
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :  
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyens**

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

**Asseseurs :**

**Premier cycle :** Pr Guillaume GAUCHOTTE

**Deuxième cycle :** Pr Marie-Reine LOSSER

**Troisième cycle :** Pr Marc DEBOUVERIE

*Innovations pédagogiques :* Pr Bruno CHENUUEL

*Formation à la recherche :* Dr Nelly AGRINIER

*Affaires juridiques et Relations extérieures :* Dr Frédérique CLAUDOT

*Vie Facultaire et SIDES :* Pr Laure JOLY

*Relations Grande Région :* Pr Thomas FUCHS-BUDER

**Chargés de mission**

*Bureau de docimologie :* Dr Guillaume VOGIN

*Commission de prospective facultaire :* Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

*Orthophonie :* Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

*PACES :* Dr Mathias POUSSEL

*Plan Campus :* Pr Bruno LEHEUP

*International :* Pr Jacques HUBERT

=====

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGÉ - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

## PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER  
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE  
Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

### 42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

### 43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

### 44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

### 45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIOWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

### 46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

### 47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)**

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER  
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation)**

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)**

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,  
HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE  
PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE  
GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)**

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY  
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine générale)**

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET  
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

**65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)**

Docteure Chantal KOHLER

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Docteur Damien MANDRY

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)**

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

**2<sup>ème</sup> sous-section (Médecine et Santé au Travail)**

Docteure Isabelle THAON

**3<sup>ème</sup> sous-section (Médecine légale et droit de la santé)**

Docteur Laurent MARTRILLE

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Docteure Céline BONNET

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)**

Docteur Antoine KIMMOUN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)**

Docteur Nicolas GIRERD

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Docteure Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)**

Docteur Fabrice VANHUYSE

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine générale)**

Docteure Elisabeth STEYER

**54<sup>ème</sup> Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)**

Docteure Isabelle KOSCINSKI

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)**

Docteur Patrice GALLET

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

### 5<sup>ème</sup> Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

### 7<sup>ème</sup> Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

### 19<sup>ème</sup> Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

### 64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

### 65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

### 66<sup>ème</sup> Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE  
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*  
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*  
Professeur Daniel G. BICHET (2001)  
*Université de Montréal (Canada)*  
Professeur Marc LEVENSTON (2005)  
*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

Professeur Brian BURCHELL (2007)  
*Université de Dundee (Royaume-Uni)*  
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)  
*Université de Wuhan (CHINE)*  
Professeur David ALPERS (2011)  
*Université de Washington (U.S.A)*  
Professeur Martin EXNER (2012)  
*Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

# Remerciements

**Monsieur le Professeur Bernard Kabuth, Professeur de Pédopsychiatrie**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, vous avez su me prodiguer les conseils et l'encadrement dont j'avais besoin. Pour cela, soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

**Madame le Professeur Kanny Gisèle, Professeur de Médecine Interne, Immunologie Clinique et Allergologie**

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Merci de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de prendre part à ce jury. Recevez ici l'expression de ma sincère reconnaissance et considération.

**Monsieur le Professeur Olivier Jean-Luc, Professeur de Biochimie et biologie moléculaire (CNU 44-01)**

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Je vous remercie de votre présence. Trouvez ici, l'assurance de ma profonde gratitude.

**Monsieur le Docteur Knapp Jean Michel, Docteur en médecine générale**

Merci d'avoir accepté de juger ma thèse.

Merci également pour tous tes conseils et ton accompagnement durant ces trois années de remplacement.

Je t'adresse toute ma gratitude et mon sincère respect.

**Madame Hélène Rousseau, Biostatisticienne**

Merci d'avoir réalisé l'analyse statistique de mon étude, pour votre patience et votre rapidité de réponse, je vous adresse tout mon respect et ma gratitude.

**A ma mère,** merci de m'avoir toujours apporté l'amour et le soutien dont j'avais besoin pour avancer dans la vie. Je sais que je ne t'appelle pas assez souvent mais ces quelques mots sont l'occasion de te dire tout mon amour et mon affection.

**A mon père,** merci de confondre mon nom avec celui des chiens depuis ma tendre enfance, cela m'a permis de donner le meilleur de moi-même pour qu'enfin tu retiennes mon prénom. Et merci pour ton amour et ton soutien également.

**A mes sœurs, Mélanie et Aline, à mes beaux, Matthieu et Nicolas :** merci pour tous ces bons moments en famille. Vous retrouver est toujours un plaisir. A bientôt sur radio LDP.

**A mes neveux et à ma nièce, Arthur, Camille, Gaspard, Léon, Joseph et Martin :** vous voir grandir et partager du temps avec vous est un bonheur.

**A mes amis,** merci pour les bons moments passés ensemble. De toute façon tout ce qui vous intéresse c'est les remerciements et le pot de thèse donc je ne vais pas bouder mon plaisir de ne rien écrire de plus.

(/)(|)(\)(|)(/)(|)(\)(|)(/)(|)(\)(|)(/)(|)(\)(|)(/)(|)(\)(|)(/)(|)

**A Séverine,** merci pour ta présence, ta patience, ton soutien et ton amour au quotidien. Et merci également pour la correction de la thèse.

## SERMENT D'HYPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

## Table des matières

I-INTRODUCTION .....	16
II-MATERIEL ET METHODE.....	19
2-1-Questions de recherche.....	19
2-2- Population étudiée.....	19
2-3-Schéma de l'étude .....	19
2-4-Recueil des données .....	19
2-5- Justificatif de la méthode de recueil.....	19
2-6-Création du questionnaire .....	20
2-7-Hypothèses et questionnements.....	23
2-8-Analyses statistiques.....	23
III-RESULTATS .....	24
3-1-Population étudiée .....	26
3-2-Nombres d'heures de sommeil par nuit en moyenne.....	27
3-3-Type de troubles du sommeil .....	28
3-4-Date de la première consultation .....	28
3-5-Attentes des patients.....	29
3-6-Solutions apportées par le médecin .....	30
3-7-Tableau croisé des attentes du patient et des solutions apportées par le médecin généraliste.....	31
3-8-Comparaison entre attentes du patient et solutions apportées par le médecin .....	32
3-8-1-Patients attendant des conseils uniquement.....	33
3-8-2-Patients attendant des médicaments uniquement.....	34
3-8-3-Patients attendant des conseils et des médicaments .....	35
3-8-4-Patients sans attentes particulières .....	36
3-9-Introduction des somnifères dès la fin de la première consultation.....	38
3-10-Comparaison entre attentes du patient et introduction de somnifère à la première consultation.....	39
3-11-Comparaison entre attente de médicaments seule ou non, et pas d'attente de médicament dans l'introduction des somnifères à la première consultation .....	40
3-12-Durée de traitement par hypnotique depuis la 1ère consultation chez les 54 patients ayant eu des somnifères après leur première consultation .....	41
3-13-Autres résultats.....	42
IV-DISCUSSION.....	44
4-1-Echantillons.....	44

4-2-Biais de l'étude.....	44
4-2-1-Biais de recrutement .....	44
4-2-2-Biais de sélection, biais de non réponse.....	45
4-2-3-Biais de mesure.....	45
4-3-Analyse des résultats .....	45
4-3-1-Attentes du patient.....	45
4-3-2-Solutions apportés par le médecin .....	46
4-3-3-Solutions apportées par le médecin en fonction des attentes des patients, les conseils regroupant l'ensemble des prises en charges non médicamenteuses .....	47
4-3-4-Introduction d'hypnotiques à la première consultation .....	48
4-3-5-Plusieurs propositions sont donc à retenir .....	50
V-CONCLUSION.....	52
VI-BIBLIOGRAPHIE .....	54
1. Descriptif des données .....	58
2. Tableaux croisés des attentes du patient et des solutions apportées par le médecin .....	60
2.1 Regroupement des solutions apportées par le médecin : Conseils, homéopathie, somnifère et autre .....	60
2.2 Regroupement des solutions apportées par le médecin : Conseils, médicaments et autre .....	62
2.3 Regroupement des solutions apportées par le médecin : Conseils/autres, homéopathie et somnifère .....	63
2.4 Regroupement des solutions apportées par le médecin : Conseils/autres et médicaments .....	64
3. Durée depuis la 1 <sup>ère</sup> consultation .....	65
3.1 Chez les 18 patients ayant eu des somnifères après leur première consultation alors qu'ils n'en souhaitaient pas .....	65
3.2 Chez les 54 patients ayant eu des somnifères après leur première consultation .....	65
4. Graphique : % introduction des somnifères selon le délai depuis la première consultation .....	66
5. Lien entre l'introduction de somnifères à la première consultation et la satisfaction des patients .....	67

## Table des illustrations

Figure 1 : Questionnaire de recueil de données .....	22
Figure 2 : Répartition des âges .....	26
Figure 3 : Nombres d'heures de sommeil par nuit en moyenne.....	27
Figure 4 : Type de troubles du sommeil .....	28
Figure 5 : Date de la première consultation.....	28
Figure 6 : Attentes des patients .....	29
Figure 7 : Solutions apportées par le médecin.....	30
Figure 8 : Comparaison entre attentes du patient et solutions apportées par le médecin.....	32
Figure 9 : Prise en charge obtenue par les patients attendant des conseils uniquement.....	33
Figure 10 : Prise en charge obtenue par les patients attendant des médicaments uniquement.....	34
Figure 11 : Prise en charge obtenue par les patients attendant des conseils et des médicaments .....	35
Figure 12 : Prise en charge obtenue par les patients sans attentes particulières .....	36
Figure 13 : Introduction de somnifère à la fin de la première consultation .....	38
Figure 14 : Comparaison entre attentes du patient et introduction de somnifère à la première consultation.....	39
Figure 15 : Comparaison entre attente de médicaments seule ou non, et pas d'attente de médicament dans l'introduction des somnifères à la première consultation .....	40
Figure 16 : Durée de traitement par hypnotique depuis la 1ère consultation chez les 54 patients ayant eu des somnifères après leur première consultation .....	41

## Table des tableaux

Tableau 1 : Descriptif des données .....	25
Tableau 2 : Tableau croisé des attentes du patient et des solutions apportées par le médecin généraliste.....	31
Tableau 3 : Durée depuis la 1ère consultation chez les 54 patients ayant eu des somnifères après leur première consultation.....	41
Tableau 4 : Durée depuis la 1ère consultation chez les 18 patients ayant eu des somnifères après leur première consultation alors qu'ils n'en souhaitaient pas .....	42
Tableau 5 : Lien entre l'introduction des somnifères à la première consultation et la satisfaction des patients.....	43

## I-INTRODUCTION

L'Homme passe un tiers de sa vie à dormir, le sommeil est un besoin physiologique indispensable. Pour un bon fonctionnement de l'organisme, la durée moyenne de sommeil par jour varie : de sept à neuf heures pour l'adulte en bonne santé jusqu'à 22 heures pour le nouveau-né (1).

Les troubles du sommeil sont les symptômes cliniques les plus fréquemment évoqués lors des consultations médicales : 30 % de la population souffre d'insomnie, sa fréquence augmente avec l'âge (2). Les patients souffrant de troubles du sommeil ou prenant des médicaments pour dormir consultent plus fréquemment leur médecin généraliste (3).

Une étude canadienne rapporte que 38% des patients vus en consultation de médecine générale souffrent de troubles du sommeil. De plus, la consommation de médicaments est plus élevée chez les plus de 55 ans(4). Dans la littérature, ces chiffres sont comparables dans tous les pays industrialisés. En revanche, en France la prescription d'hypnotiques est deux à trois fois plus élevée que dans les autres pays développés (5). Selon les données de 2010 de vente et fabrication fournies par l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS), la France fait partie des pays européens les plus consommateurs d'hypnotiques, elle arrive en deuxième position après la Belgique (6).

Les primo-prescriptions de benzodiazépines, toutes classes confondues, sont établies par des médecins libéraux dans 88% des cas. Les patients consultent en premier recours leur médecin généraliste pour des troubles du sommeil, ils sont donc naturellement les plus grands prescripteurs : ils établissent plus de 90% des primo-prescriptions (7). Depuis le dix Avril 2017, les spécialités contenant du zolpidem doivent être prescrites sur ordonnance sécurisée en raison de l'utilisation par les patients depuis des durées trop élevées (8).

Les différents moyens de traiter les troubles du sommeil sont définis par la Haute Autorité de Santé (HAS) et rappelés dans un rapport de la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) de septembre 2014 (3), les moyens et les méthodes de sevrage y sont également décrits :

- Non médicamenteux :
  - les règles hygiéno-diététiques (RHD),
  - l'exercice physique et la restriction de sommeil,
  - les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) avec les techniques de relaxation simple,
  - le contrôle du stimulus (qui rejoint les RHD),

- la photothérapie,
- l'acupuncture (9).
- Médicamenteux :
  - l'homéopathie : même si l'efficacité de l'homéopathie est controversée, dans l'insomnie, elle peut être une alternative, permettant d'éviter le recours aux hypnotiques dans les troubles mineurs du sommeil (10),
  - la phytothérapie (d'après le Comité des Produits Médicinaux à Base de Plantes (HMPC) de l'Agence Européenne du Médicament (EMA), seul l'usage de la racine de valériane est bien établi) (3) (11),
  - la mélatonine (12), (13),
  - les hypnotiques (benzodiazépines, apparentés aux benzodiazépines, antihistaminiques).

Le médecin généraliste prend en charge 85% des troubles du sommeil (1). L'accès aux centres de sommeil spécialisés est très difficile. Les délais d'attente sont de trois à douze mois pour obtenir une première consultation (14). La politique de santé publique est fortement axée sur l'éducation pour la santé. La médecine générale est en première ligne de ce processus éducatif. Les patients sont les principaux acteurs de leur santé, leur implication dans les soins augmente leur efficacité. Concernant la prise en charge troubles du sommeil, il paraît nécessaire de s'adresser aux patients pour établir un état des lieux de leurs attentes et de leur ressenti afin de mieux adapter la consultation et ainsi de la rendre plus efficace.

Dans la littérature, les données concernant la vision du patient sur sa pathologie, ses attentes et sa prise en charge sont plus rares. Une étude qualitative, tenue en 2013, auprès des patients de l'arc alpin, concernant la prise en charge de leur insomnie chronique montrait qu'ils pensaient que leur médecin ne consacrait pas assez de temps à leur problème (15).

Nous pouvons également nous poser la question de la prise en charge. Les différentes méthodes de traitement des troubles du sommeil sont bien connues, il est intéressant dans la pratique de voir si les solutions proposés aux patients sont adaptées.

La prescription d'hypnotiques lors de la première consultation pour l'HAS est encore trop systématique, mais il y a peu de données quantitatives à ce sujet dans la littérature. Une thèse de médecine générale récente rapportait selon les médecins que la primo-prescription d'hypnotiques sans conseils associés était rare, et que la prescription d'hypnotiques dès la première consultation l'était également (16).

L'objectif principal de cette thèse est d'identifier les attentes des patients lors de la première consultation chez le médecin généraliste pour des troubles du sommeil et de les comparer aux prises en charges proposées. L'objectif secondaire est de faire un bilan des différentes prises en charges proposées par le médecin généraliste et de savoir si la prescription d'hypnotiques a eu lieu lors de la première consultation.

## **II-MATERIEL ET METHODE**

### **2-1-Questions de recherche**

Question principale : Evaluer la concordance entre l'attente des patients pour leur première consultation pour troubles du sommeil et la prise en charge effective.

Question secondaire : Etudier la prise en charge des patients qui consultent pour des troubles du sommeil.

### **2-2- Population étudiée**

Critère d'inclusion : l'ensemble des patients sous hypnotiques vus en consultation dans divers cabinets médicaux et dans plusieurs pharmacies.

Critère d'exclusion : Aucun critère d'exclusion.

### **2-3-Schéma de l'étude**

Cette étude rétrospective observationnelle s'est déroulée dans trois cabinets médicaux et dans cinq pharmacies. Ce recrutement auprès des pharmacies a permis d'inclure les patients d'environ une trentaine de prescripteurs. Ces divers lieux étaient situés dans trois départements de Lorraine (Vosges, Meurthe et Moselle et Meuse). Les patients ont été inclus du 5 décembre 2016 au 12 mai 2017 soit un peu plus de cinq mois.

### **2-4-Recueil des données**

Il s'agissait d'une collecte individuelle d'informations basée sur un recueil de données déclaratif et anonyme à partir d'un auto-questionnaire, remis à la fin de la consultation ou à la fin du service pharmaceutique. Les patients remplissaient les questionnaires en l'absence du médecin et les déposaient dans un lieu de recueil dédié.

### **2-5- Justificatif de la méthode de recueil**

Mon choix s'est porté sur un questionnaire, plutôt que vers des entretiens, car l'anonymat du questionnaire permet des réponses plus franches de la part des patients et réduit le risque de biais de prévarication. Il permet également de recruter plus de patients car il nécessite beaucoup moins de temps qu'un entretien.

## 2-6-Création du questionnaire

Le questionnaire comportait les renseignements sur le sexe et l'âge puis huit questions. Les premières questions servaient à cerner les types de troubles du sommeil dont souffrait le patient, les suivantes traitaient les questions principales et secondaires de recherche.

Les questions étaient uniquement de type QCM, aucune rédaction n'était demandée aux patients. Nous avons choisi ce type de questions car elles facilitent l'interprétation des réponses et permet une plus grande rapidité de recueil des données.

Nous avons décidé d'inclure uniquement les patients sous hypnotiques car le champ des troubles du sommeil nous paraissait trop vaste et trop difficile à caractériser d'un individu à l'autre. Le critère des hypnotiques nous paraissait un bon compromis notamment pour étudier quelles solutions avaient été proposées aux patients avant ou après leur introduction. La population des patients sous hypnotiques est intéressante à étudier car ceux-ci sont souvent sur-prescrits dans l'indication ou la durée.

Liste des hypnotiques acceptés dans l'inclusion :

MELATONINE (CIRCADIN®)

DOXYLAMINE SUCCINATE (DONORMYL®/LIDENE®/NOCTYL®)

LOPRAZOLAM (HAVLANE®)

ZOPICLONE (IMOVANE®)

LORMETAZEPAM (NOCTAMIDE®)

NITRAZEPAM (MOGADON®)

TEMAZEPAM (NORMISSON®)

NUCTALON (ESTAZOLAM®)

PROMETHAZINE (PHENERGAN®)

ROHYPNOL (FLUNITRAZEPAM®)

ZOLPIDEM (STILNOX®)

ALIMEMAZINE (THERALENE®)

Le choix des durées du sommeil a été fait de cette façon car la durée moyenne nécessaire de sommeil chez l'adulte est de 7h (17).

Pour essayer de cerner de possibles étiologies aux troubles du sommeil, nous avons choisi ces trois possibilités :

- les difficultés d'endormissements, caractérisant plutôt de l'anxiété ;
- les réveils nocturnes ;
- les réveils matinaux, caractérisant plutôt les états dépressifs.

Evidemment, l'étiologie ne peut être déterminée que sur les réveils seuls mais cela permet une orientation du diagnostic.

Les différentes options thérapeutiques proposées dans le questionnaire ont été décidées en fonction des recommandations de traitements des troubles du sommeil par l'HAS.

Enfin, nous avons imaginé une dernière question pas directement à propos des troubles du sommeil mais plutôt sur l'impression d'observance par les patients eux-même.

## Questionnaire de thèse-Doctorat en Médecine

### Attente des patients lors de la première consultation pour des troubles du sommeil

#### QUESTIONNAIRE ANONYME

**Sexe:**  Femme  Homme **Age:** ..... ans

**Combien d'heures dormez-vous par nuit en moyenne ?**

Plus de 7h  De 5 à 7 heures  De 3 à 5 heures  Moins de 3h

**Vos troubles du sommeil concernaient plutôt :**

Des difficultés pour vous endormir  Des réveils nocturnes  Des réveils matinaux

**A quand remonte votre première consultation pour des troubles du sommeil :**

Plusieurs semaines  Plusieurs mois  Plusieurs années

**Qu'attendiez-vous de cette première consultation pour vos troubles du sommeil ?**

Des conseils

Un médicament

**Les somnifères ont-ils été introduits dès la fin de la première consultation ?**

Oui  Non

**Quelles solutions le médecin vous a proposé ?**

Conseils sur l'hygiène de vie (horaires du coucher, diminuer la télévision le soir, café...)

Vous revoir pour une nouvelle consultation uniquement pour vos troubles du sommeil

Faire un calendrier du sommeil ?

Thérapie cognitive et comportementale

Hypnose

Homéopathie / Phytothérapie (Plantes)

**Etes vous satisfait de la réponse apportée par le médecin à la première consultation ?**

Oui  Non  Partiellement

**Vous suivez les recommandations de votre médecin à :**

100%  100 % à 80%  80 % à 50 %  < 50%

Figure 1 : Questionnaire de recueil de données

## 2-7-Hypothèses et questionnements

Pour répondre à la question de recherche, ce travail a posé les hypothèses suivantes:

- il existe une divergence entre l'attente des patients lors de leur première consultation pour des troubles du sommeil et les prises en charge proposées par le médecin,
- les médecins généralistes proposent les hypnotiques généralement en seconde intention.

Il en découle ces questions corollaires :

- la divergence entre l'attente des patients et les solutions apportées par le médecin est-elle expliquée par l'attente d'un traitement inadapté par le patient ? Par une mauvaise compréhension des attentes par le médecin ? Par une prise en charge inadaptée des médecins ?
- quelles prises en charge sont proposées pas les médecins généralistes pour les troubles du sommeil ?

## 2-8-Analyses statistiques

La base de données a été créée dans Excel. Les analyses statistiques ont été faites avec le logiciel SAS V9.4.

## III-RESULTATS

	N	%/moy	ET*	médiane	Q1	Q3	min	max
<b>Centre</b>								
Cabinet médecin	31	30,7						
Pharmacie	70	69,3						
<b>Sexe</b>								
Femme	67	66,3						
Homme	34	33,7						
<b>Age</b>	101	58,1	16,1	59,0	49,0	70,0	23,0	94,0
<b>Nombre d'heures de sommeil par nuit en moyenne</b>								
Plus de 7h	17	16,8						
De 5 à 7 heures	44	43,6						
De 3 à 5 heures	31	30,7						
Moins de 3h	9	8,9						
<b>Troubles du sommeil : Difficultés endormissement</b>								
Non	27	26,7						
Oui	74	73,3						
<b>Troubles du sommeil : réveils nocturnes</b>								
Non	51	50,5						
Oui	50	49,5						
<b>Troubles du sommeil : réveils matinaux</b>								
Non	90	89,1						
Oui	11	10,9						
<b>Date de première consultation</b>								
Plusieurs semaines	13	12,9						
Plusieurs mois	13	12,9						
Plusieurs années	75	74,3						
<b>Attente par rapport à la première consultation pour vos troubles du sommeil : conseils</b>								
Non	47	46,5						
Oui	54	53,5						
<b>Attente par rapport à la première consultation pour vos troubles du sommeil : médicaments</b>								
Non	36	35,6						
Oui	65	64,4						
<b>Attentes du patient de la consultation avec le médecin généraliste</b>								
Conseils	29	28,7						
Médicaments	40	39,6						
Conseils + médicaments	25	24,8						
Ni l'un ni l'autre	7	6,9						
<b>Introduction des somnifère dès la fin de la première consultation</b>								
Non	47	46,5						
Oui	54	53,5						
<b>Solutions proposées par le médecin : conseils sur l'hygiène de vie</b>								
Non	41	40,6						
Oui	60	59,4						
<b>Solutions proposées par le médecin : nouvelle consultation uniquement pour les troubles du sommeil</b>								
Non	82	81,2						
Oui	19	18,8						
<b>Solutions proposées par le médecin : faire un calendrier du sommeil</b>								
Non	90	89,1						
Oui	11	10,9						

	N	%/moy	ET*	médiane	Q1	Q3	min	max
<b>Solutions proposées par le médecin : thérapie cognitive et comportementale</b>								
Non	94	93,1						
Oui	7	6,9						
<b>Solutions proposées par le médecin : hypnose</b>								
Non	100	99,0						
Oui	1	1,0						
<b>Solutions proposées par le médecin : homéopathie / phytothérapie</b>								
Non	78	77,2						
Oui	23	22,8						
<b>Satisfaction de la réponse apportée par le médecin à la première consultation</b>								
Oui	65	64,4						
Non	5	5,0						
Partiellement	31	30,7						
<b>Suivi des recommandations de votre à</b>								
100%	48	47,5						
100% à 80%	31	30,7						
80% à 50%	19	18,8						
<50%	3	3,0						

\* écart-type

Consultation de Méthodologie et Statistiques, HR, 06/06/2017

**Tableau 1 : Descriptif des données**

### 3-1-Population étudiée

Au total, 101 patients ont répondu au questionnaire. 70 patients recrutés à la pharmacie et 31 patients au cabinet médical.

La population est de 67 femmes et 34 hommes avec une médiane d'âge de 59 ans.

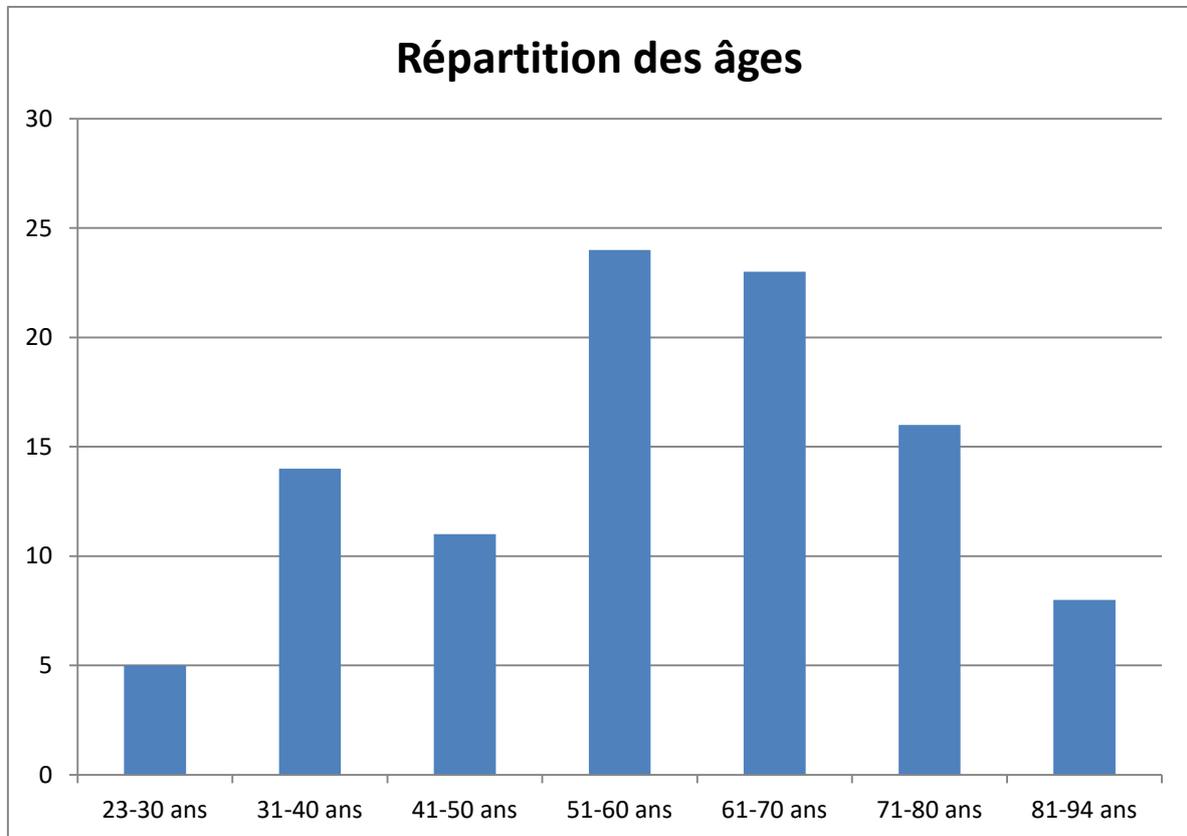


Figure 2 : Répartition des âges

3-2-Nombres d'heures de sommeil par nuit en moyenne

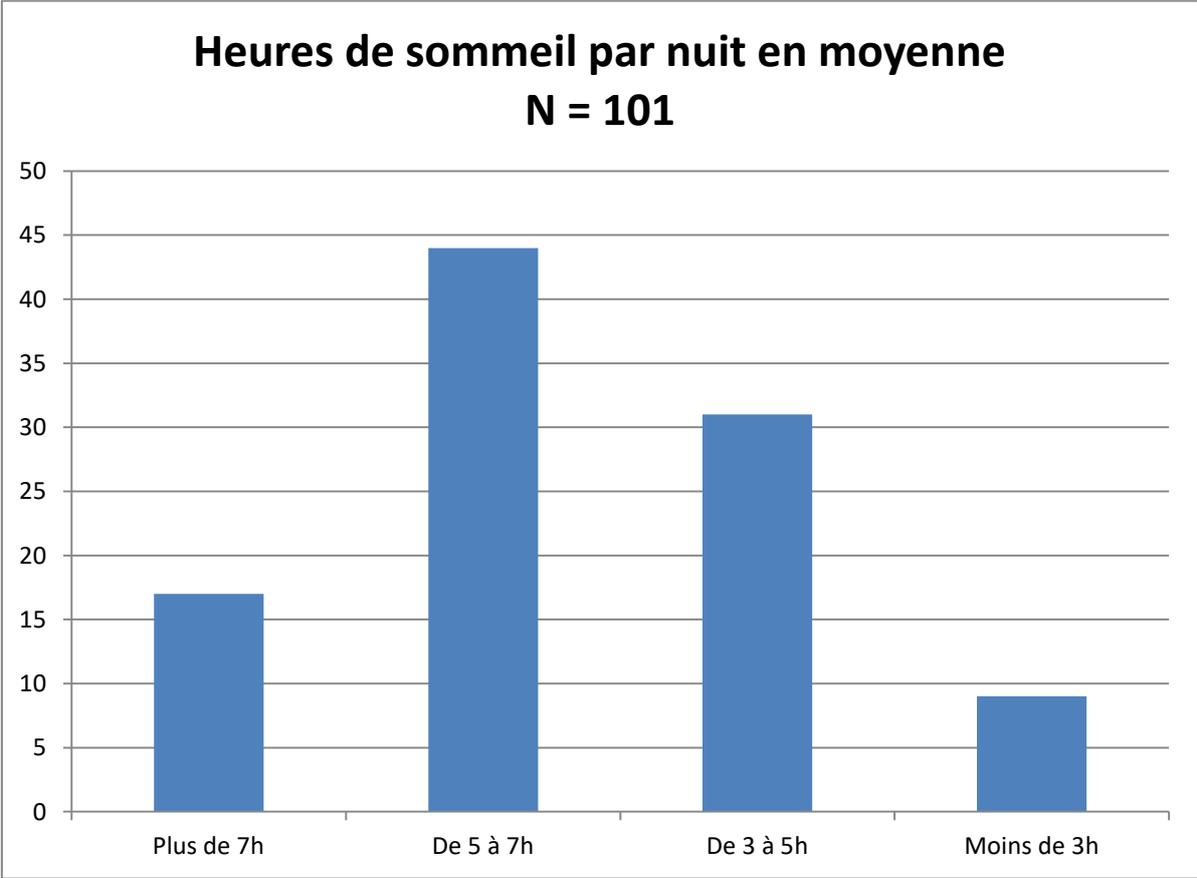


Figure 3 : Nombres d'heures de sommeil par nuit en moyenne

### 3-3-Type de troubles du sommeil

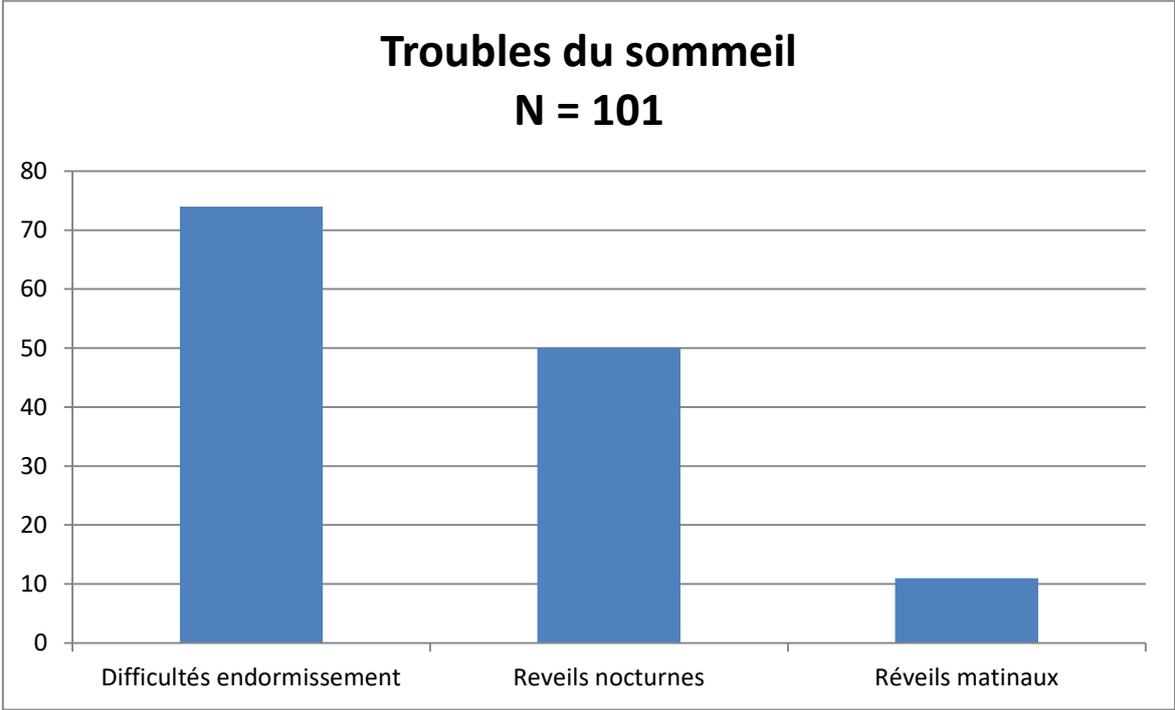


Figure 4 : Type de troubles du sommeil

### 3-4-Date de la première consultation

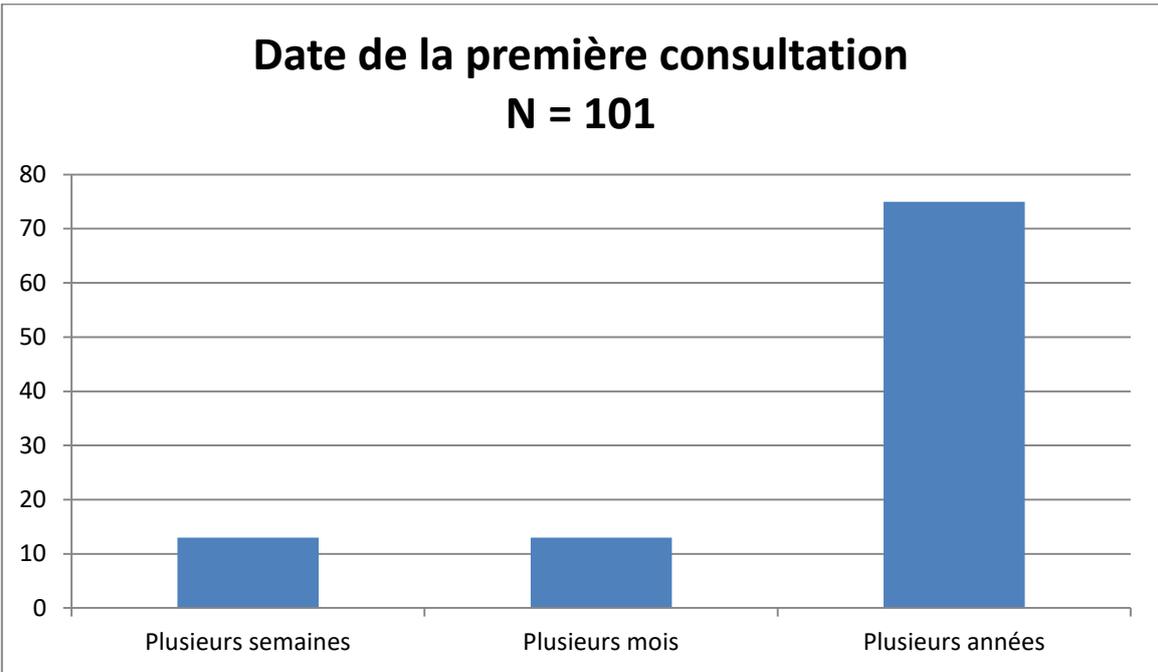


Figure 5 : Date de la première consultation

### 3-5-Attentes des patients

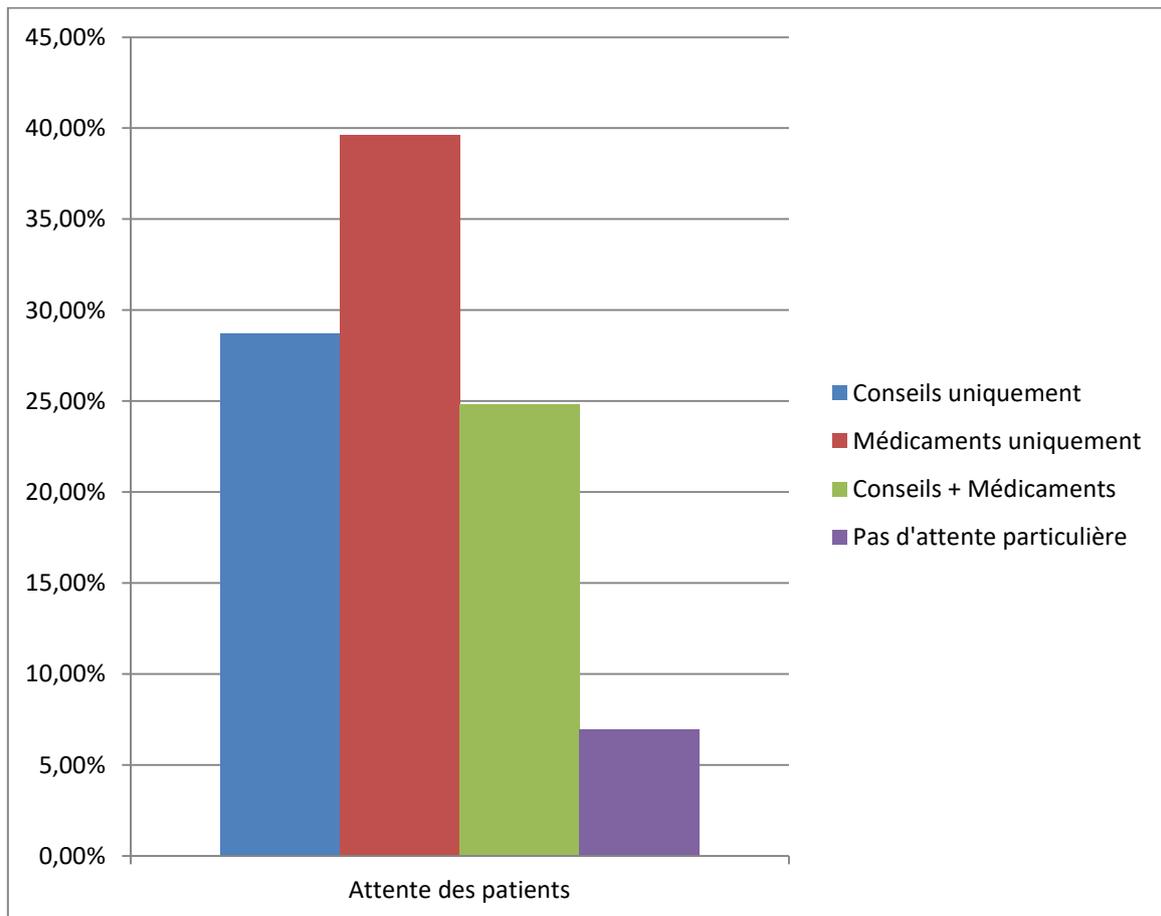


Figure 6 : Attentes des patients

28.7% des patients attendaient uniquement des conseils.

39.6% attendaient un médicament uniquement.

24.8% des patients attendaient des conseils et des médicaments.

6.9% des patients n'attendaient rien en particulier de cette consultation.

### 3-6-Solutions apportées par le médecin

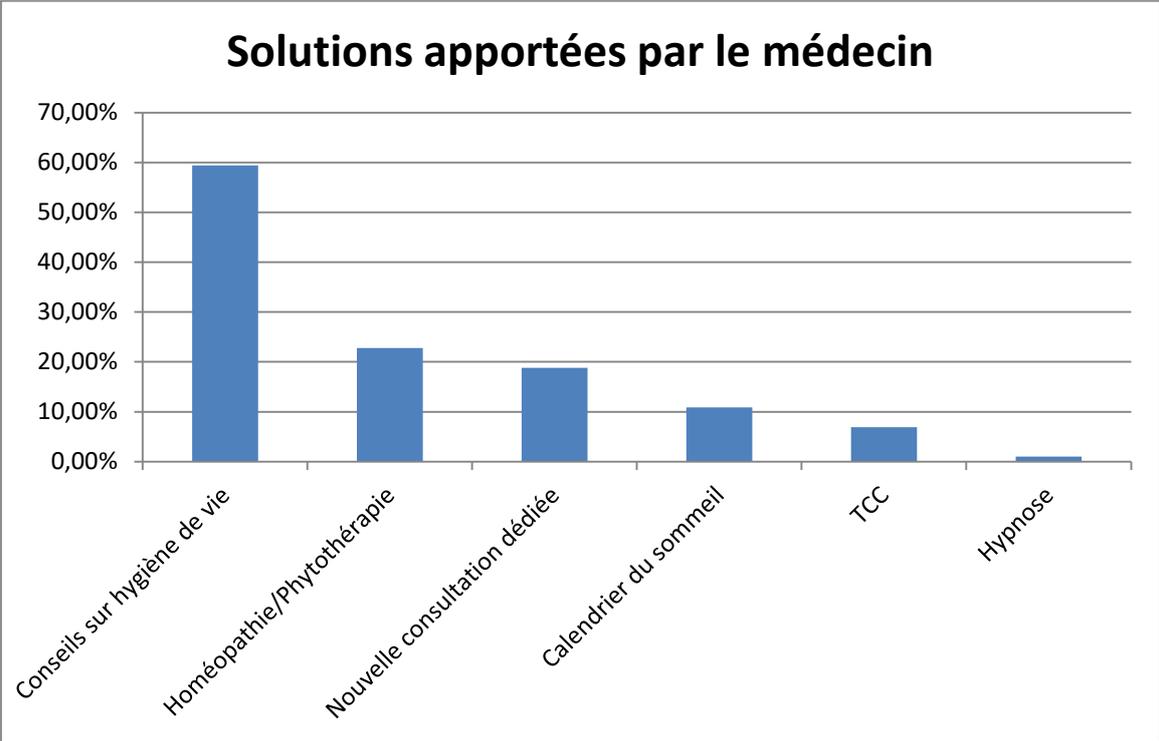


Figure 7 : Solutions apportées par le médecin

### 3-7-Tableau croisé des attentes du patient et des solutions apportées par le médecin généraliste

Regroupement des solutions apportées par le médecin : Conseils/autres, homéopathie et somnifère

Dans ce tableau, les solutions apportées par le médecin ont été regroupées en 3 classes :

- Conseils/Autres = conseils sur l'hygiène de vie / nouvelle consultation spécifique / calendrier du sommeil / Hypnose / thérapie cognitive et comportementale
- Homéopathie = homéopathie / phytothérapie
- Somnifère = Somnifère

	Total N= 101			Conseils N=29 (28,7%)			Médicaments N=40 (39,6%)			Conseils + médicaments N=25 (24,8%)			Ni l'un ni l'autre N=7 (6,9%)		
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*
<b>Solutions apportées par le médecin</b>															
Aucune solution	8	7,9		2	6,9		2	5,0		1	4,0		3	42,9	
Homéopathie	2	2,0		2	6,9		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Conseils/Autres	29	28,7		7	24,1		14	35,0		7	28,0		1	14,3	
Somnifères	15	14,9		5	17,2		5	12,5		3	12,0		2	28,6	
Conseils/Autres + homéopathie	8	7,9		3	10,3		1	2,5		4	16,0		0	0,0	
Somnifères + conseils/autres	26	25,7		9	31,0		12	30,0		4	16,0		1	14,3	
Somnifères + homéopathie	4	4,0		0	0,0		3	7,5		1	4,0		0	0,0	
Somnifères + conseils/autre + homéopathie	9	8,9		1	3,4		3	7,5		5	20,0		0	0,0	

\* Ecart-type

\*\* Test du Chi-2

Consultation de Méthodologie et Statistiques, HR, 04/07/2017

**Tableau 2 : Tableau croisé des attentes du patient et des solutions apportées par le médecin généraliste**

### 3-8-Comparaison entre attentes du patient et solutions apportées par le médecin

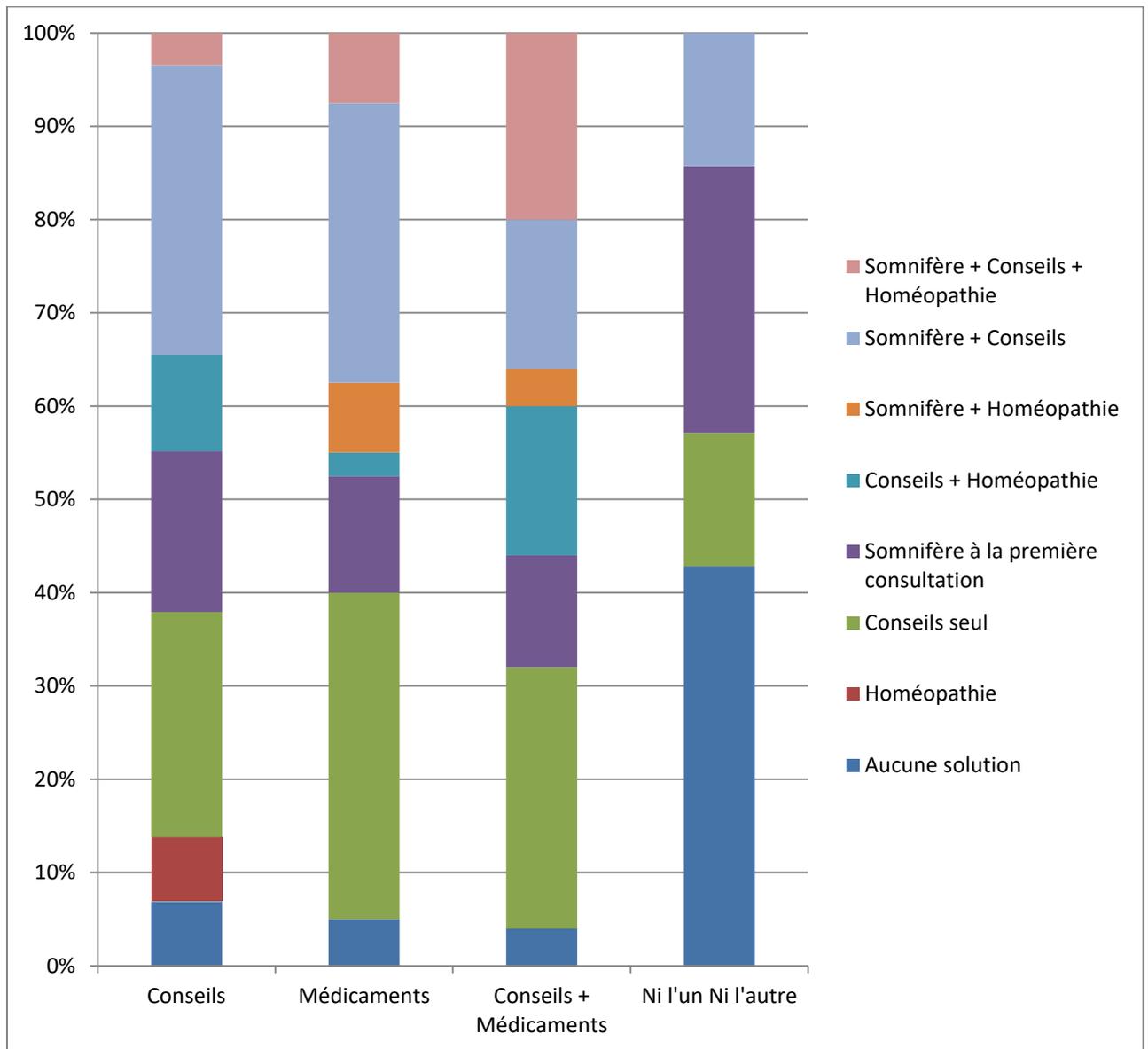


Figure 8 : Comparaison entre attentes du patient et solutions apportées par le médecin

Devant la complexité de ce graphique, voici des graphiques détaillés en fonction de l'attente des patients :

### 3-8-1-Patients attendant des conseils uniquement

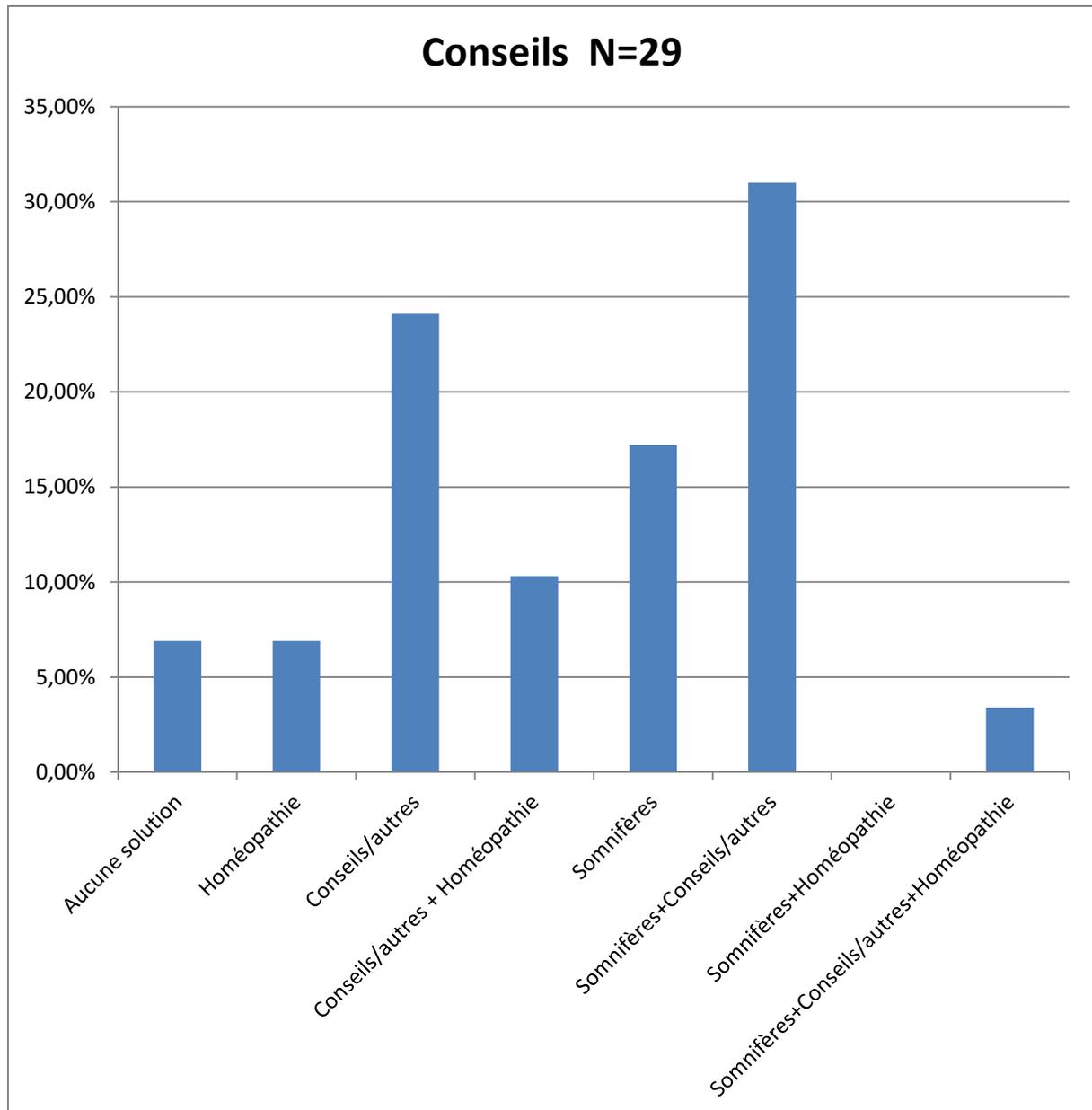


Figure 9 : Prise en charge obtenue par les patients attendant des conseils uniquement

### 3-8-2-Patients attendant des médicaments uniquement

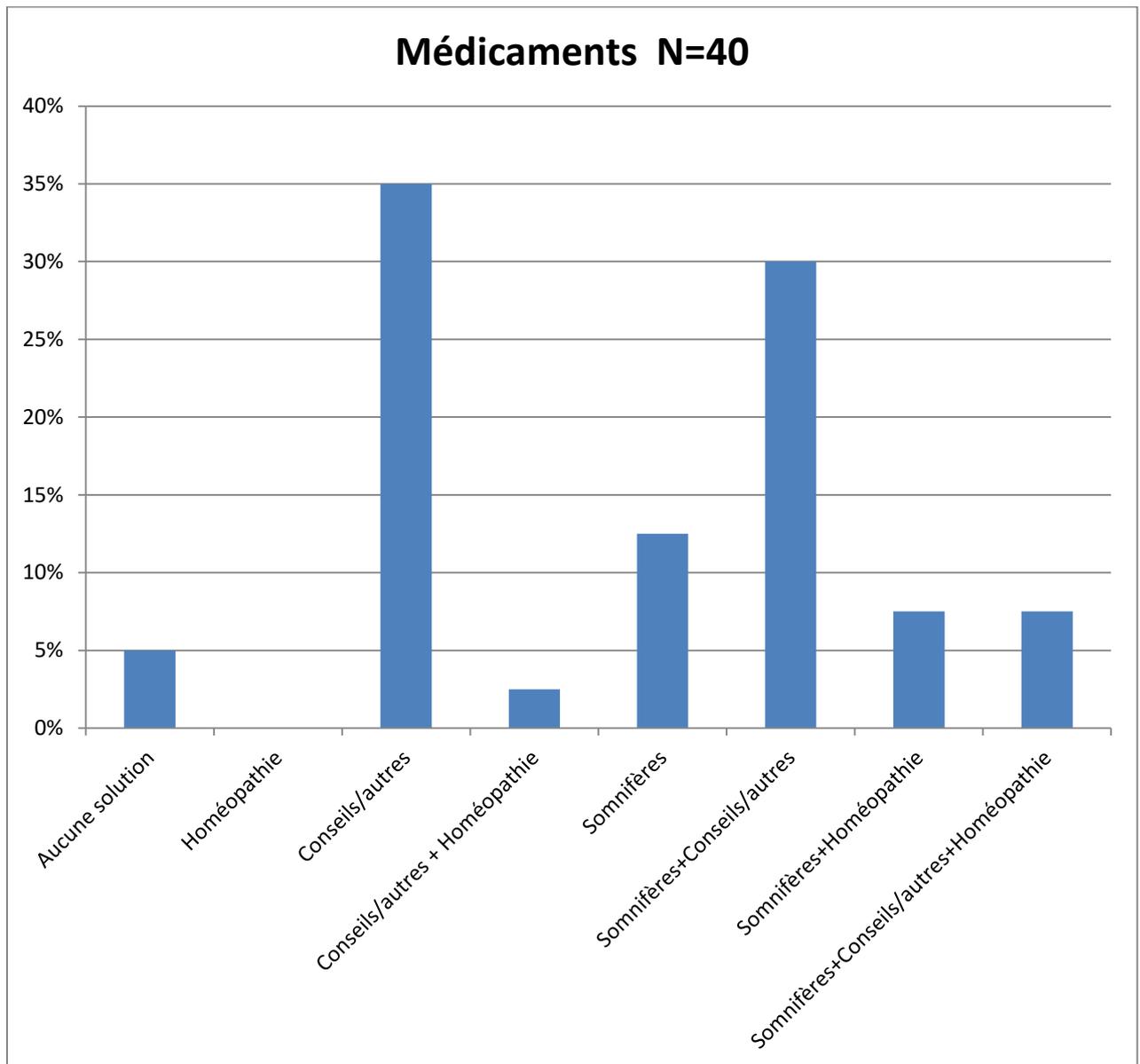


Figure 10 : Prise en charge obtenue par les patients attendant des médicaments uniquement

### 3-8-3-Patients attendant des conseils et des médicaments

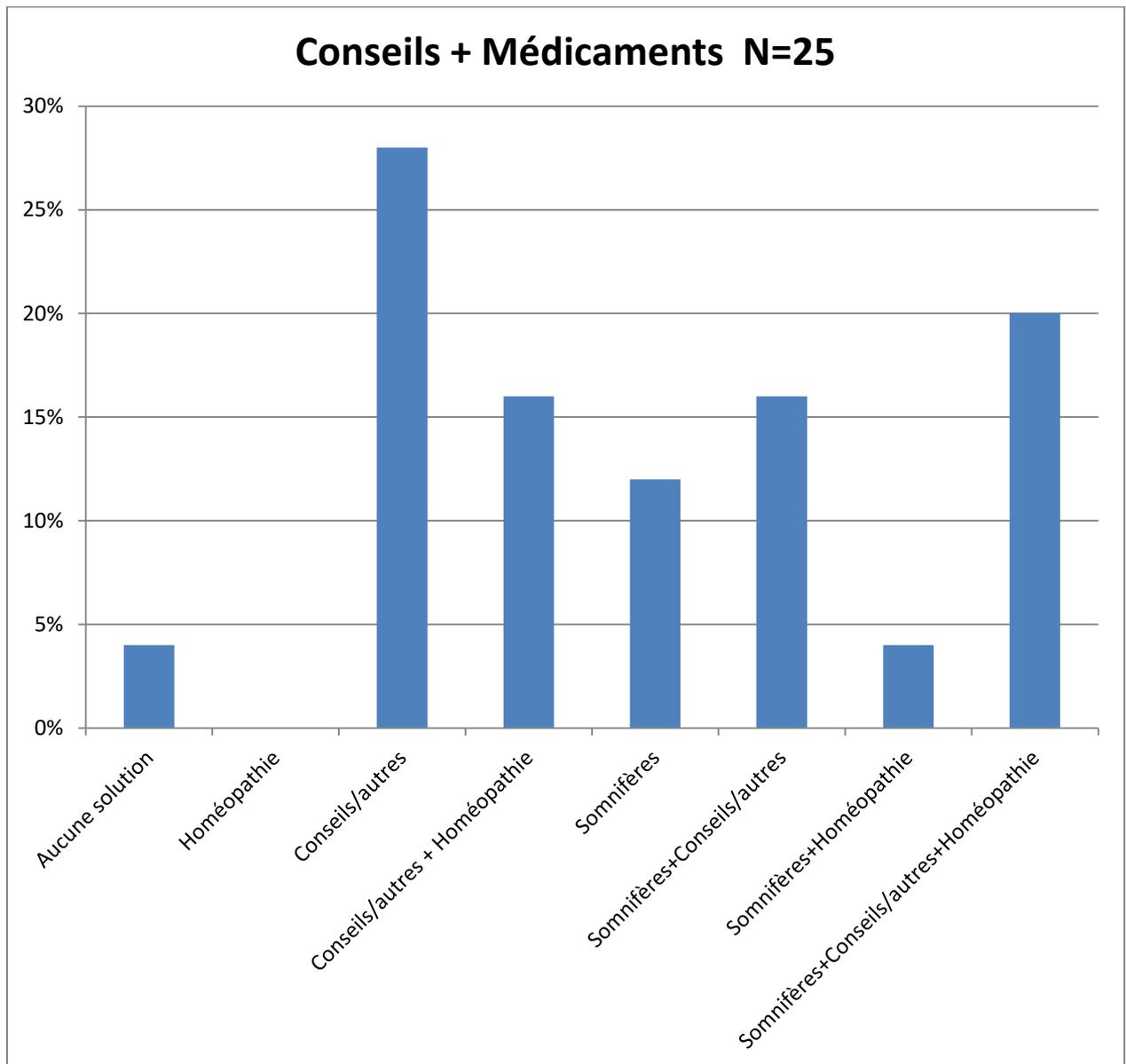


Figure 11 : Prise en charge obtenue par les patients attendant des conseils et des médicaments

### 3-8-4-Patients sans attentes particulières

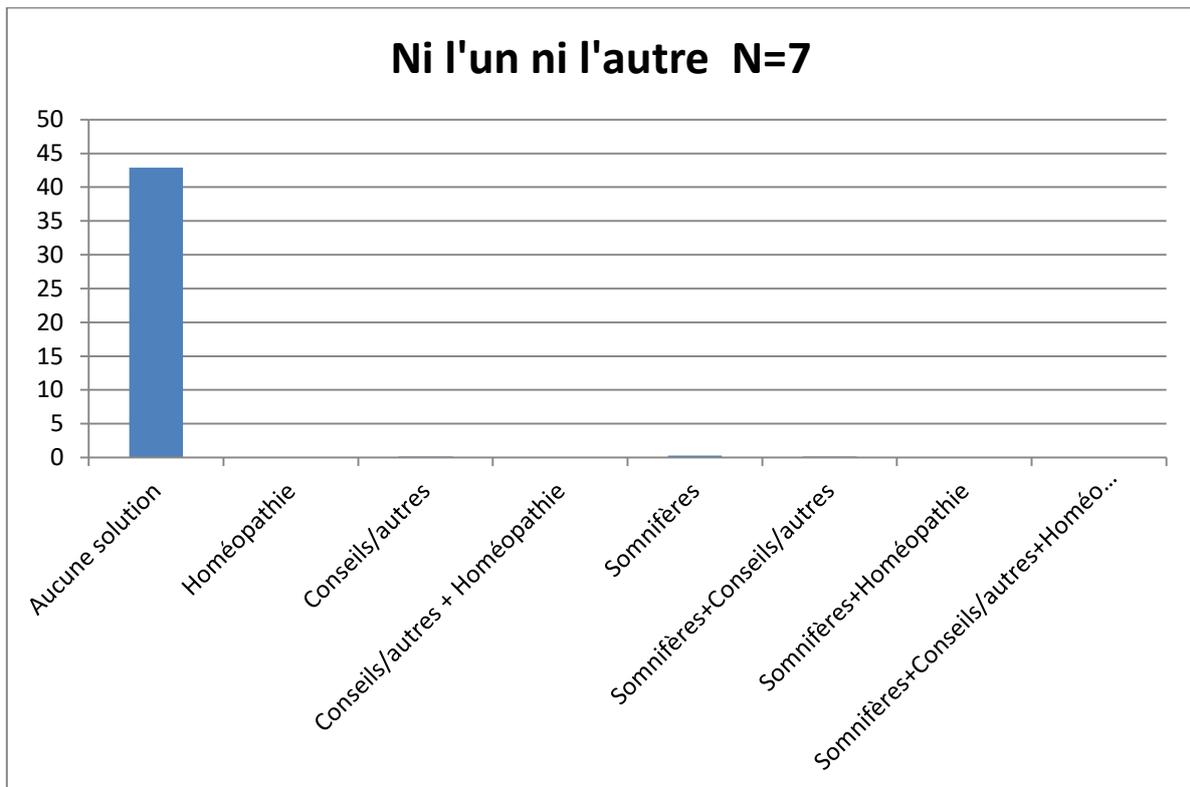


Figure 12 : Prise en charge obtenue par les patients sans attentes particulières

- Les patients attendant des conseils uniquement ont eu :
  - des conseils seuls dans 24% des cas,
  - des somnifères seuls lors de la première consultation pour 27% des patients interrogés,
  - au moins des conseils dans 69% des consultations,
  - au moins des somnifères lors de la première consultation dans 52% des consultations.
- Les patients attendant des médicaments uniquement ont eu :
  - des conseils seuls lors de la première consultation : 35%,
  - des somnifères introduits à la première consultation seuls : 12.5%,
  - au moins des conseils : 75%,
  - au moins un somnifère lors de la première consultation : 57.5%.
- Les patients attendant des conseils et des médicaments ont eu :

- des conseils seuls : 28%,
- des somnifères seuls lors de la première consultation : 12%,
- des conseils et somnifères : 16%,
- des conseils, somnifères lors de la première consultation et homéopathie : 20%,
- au moins un conseil : 80%,
- au moins des somnifères lors de la première consultation : 50%.

3-9-Introduction des somnifères dès la fin de la première consultation

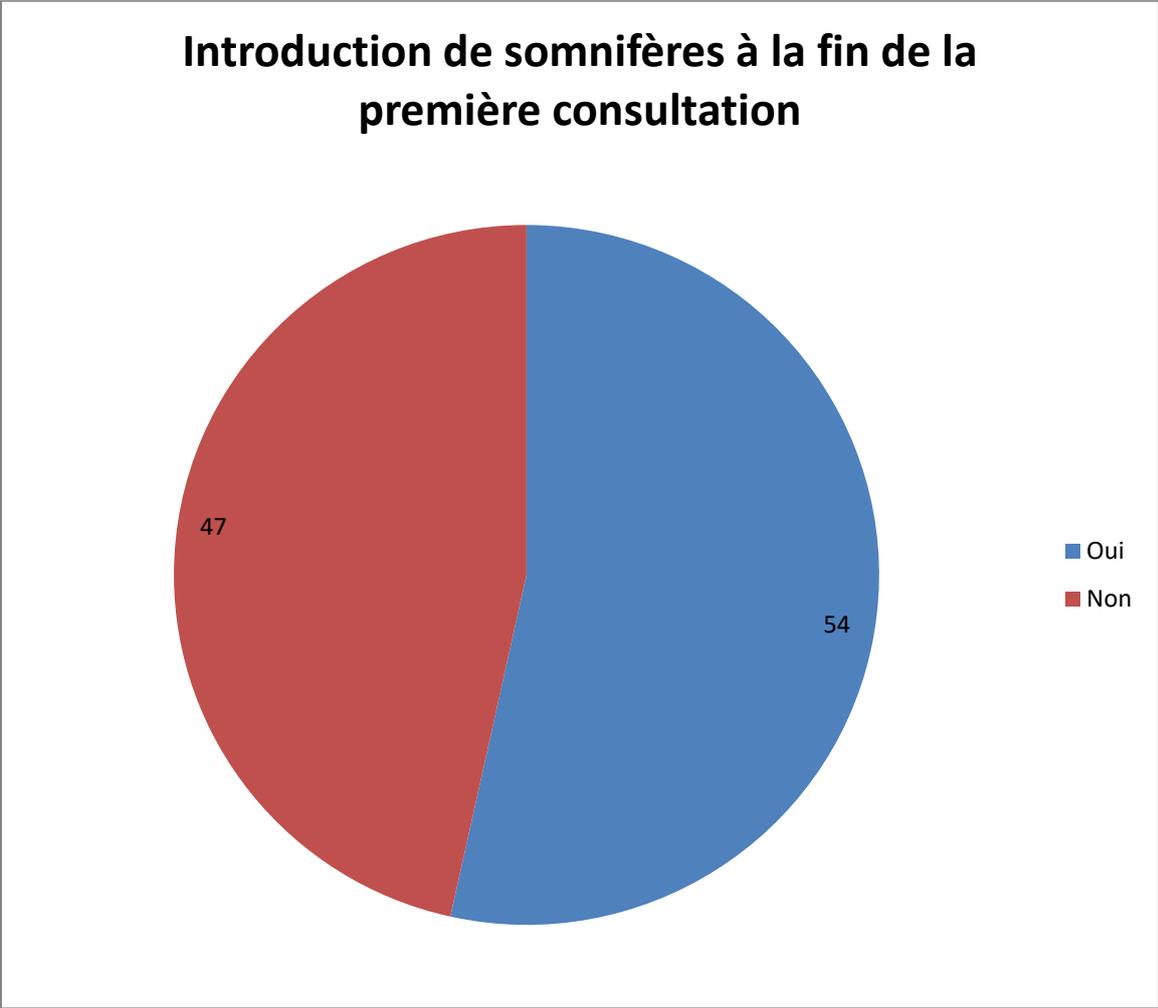


Figure 13 : Introduction de somnifère à la fin de la première consultation

### 3-10-Comparaison entre attentes du patient et introduction de somnifère à la première consultation

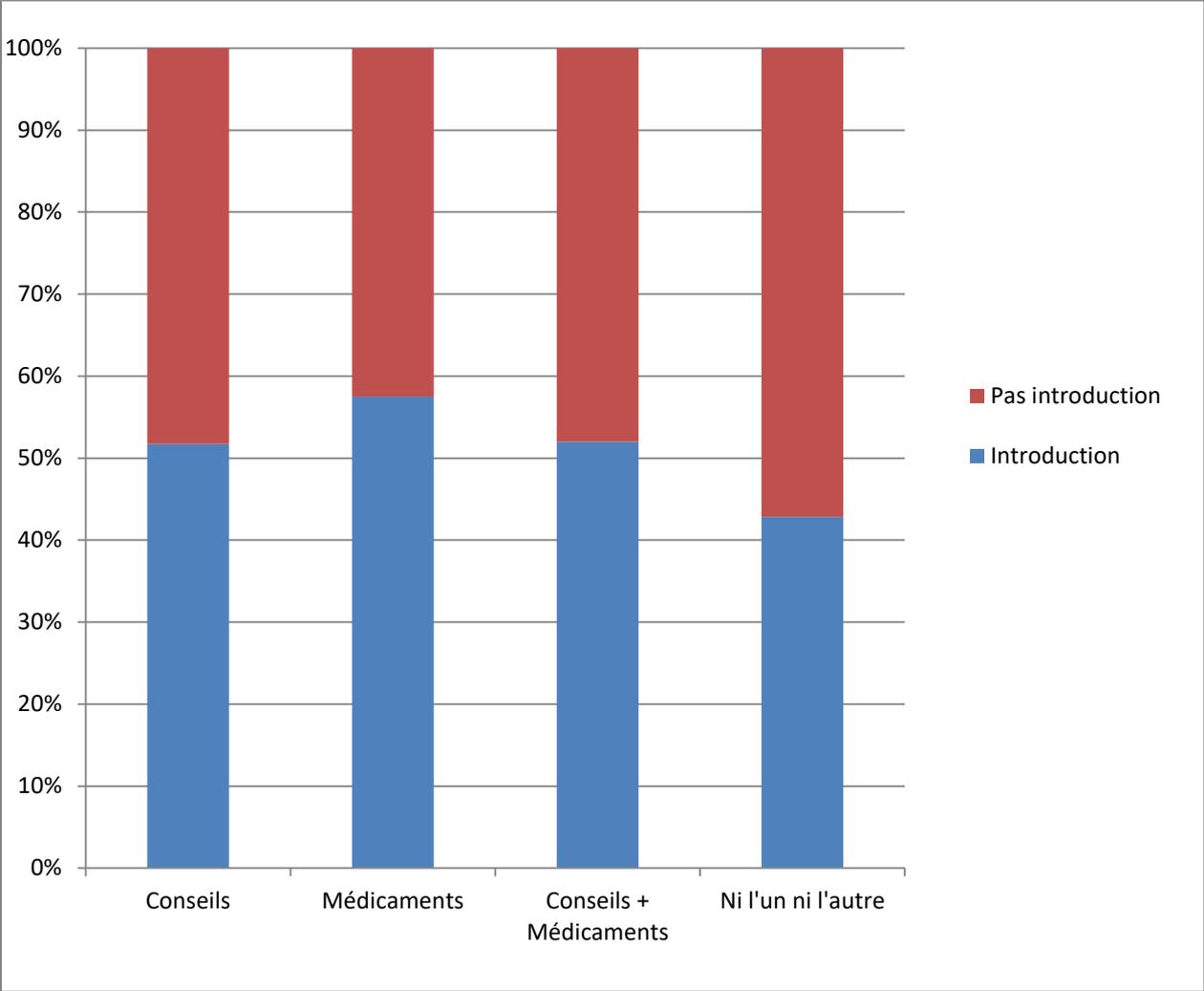
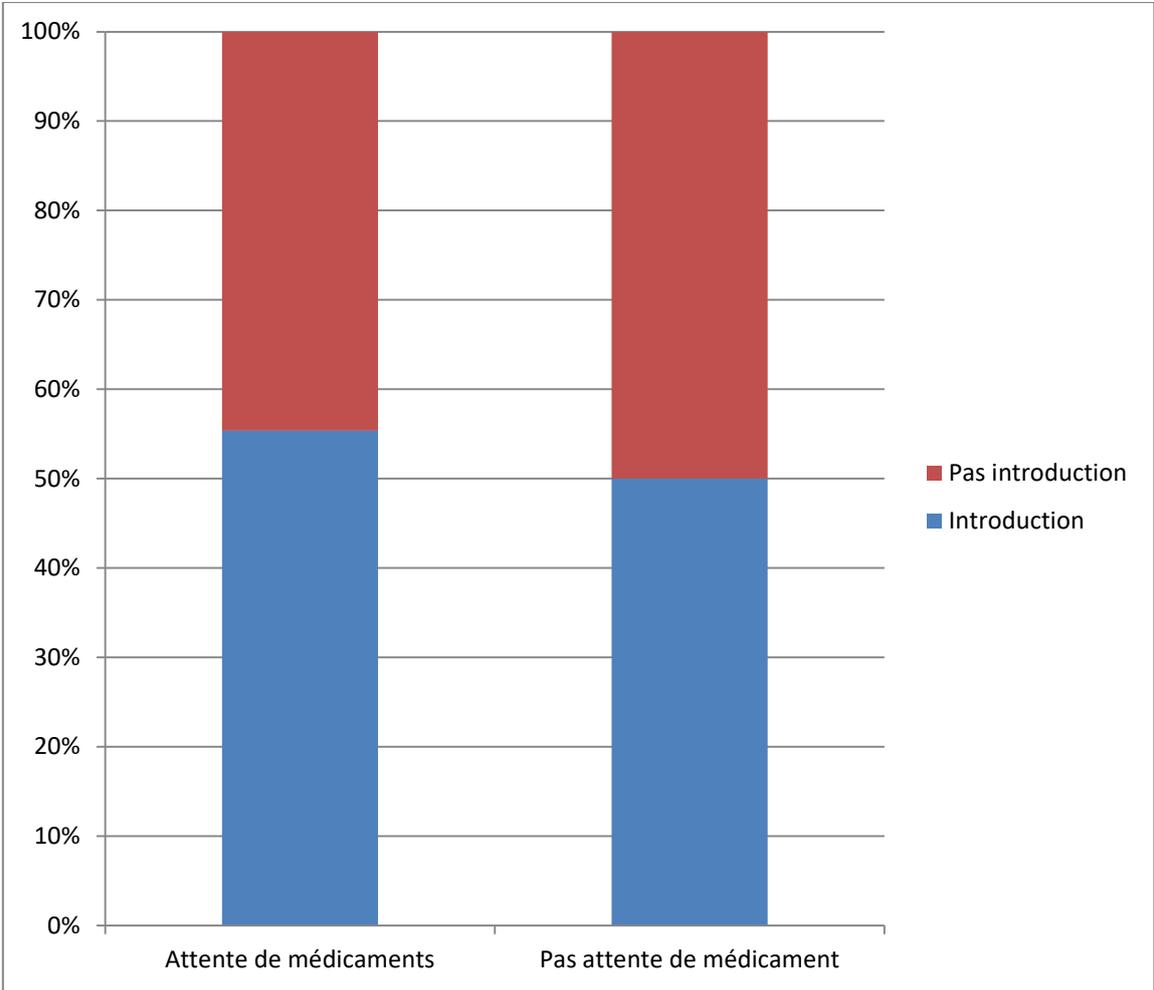


Figure 14 : Comparaison entre attentes du patient et introduction de somnifère à la première consultation

**3-11-Comparaison entre attente de médicaments seule ou non, et pas d'attente de médicament dans l'introduction des somnifères à la première consultation**



**Figure 15 : Comparaison entre attente de médicaments seule ou non, et pas d'attente de médicament dans l'introduction des somnifères à la première consultation**

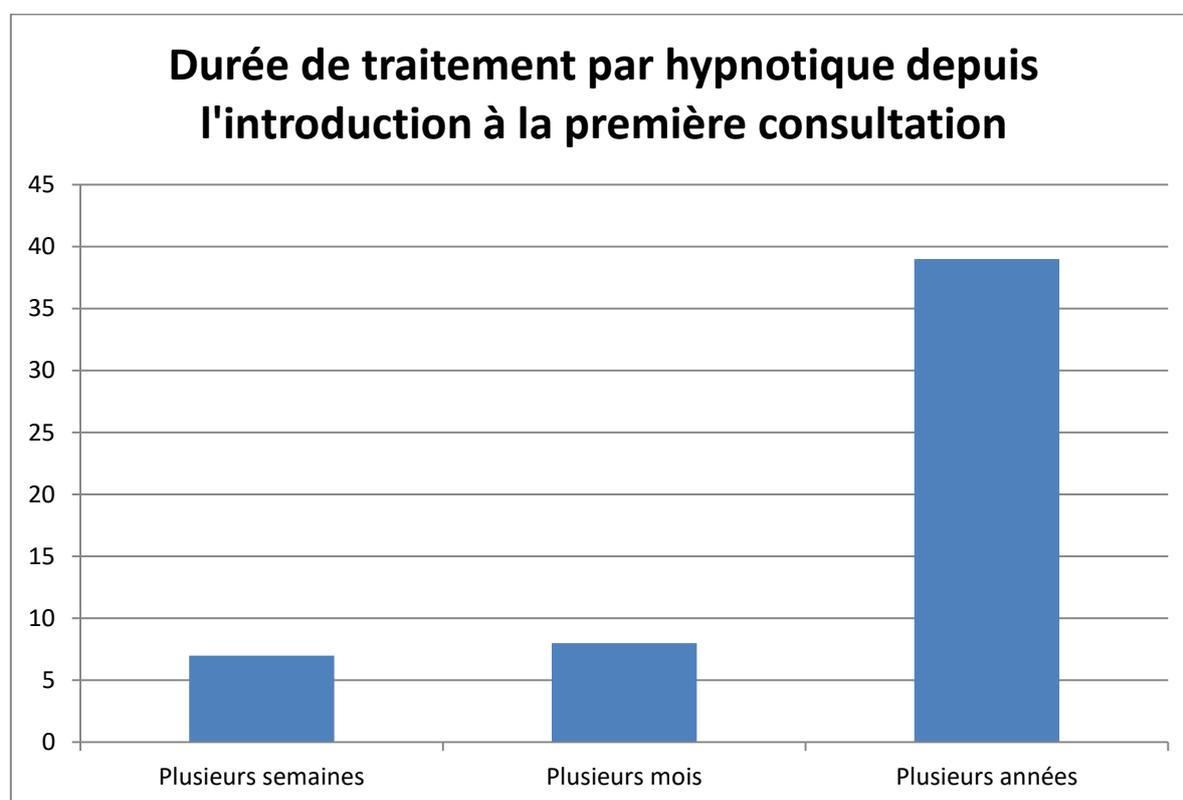
### 3-12-Durée de traitement par hypnotique depuis la 1ère consultation chez les 54 patients ayant eu des somnifères après leur première consultation

	N	%/moy	ET*	médiane	Q1	Q3	min	max
<b>Date de première consultation</b>								
Plusieurs semaines	7	13,0						
Plusieurs mois	8	14,8						
Plusieurs années	39	72,2						

\* écart-type

Consultation de Méthodologie et Statistiques, HR, 04/07/2017

**Tableau 3 : Durée depuis la 1ère consultation chez les 54 patients ayant eu des somnifères après leur première consultation**



**Figure 16 : Durée de traitement par hypnotique depuis la 1ère consultation chez les 54 patients ayant eu des somnifères après leur première consultation**

### 3-13-Autres résultats

Les patients étaient majoritairement satisfaits de la prise en charge du médecin généraliste à 64%, 31% l'étaient partiellement, 5% pas du tout.

Concernant le suivi des recommandations du médecin, les patients disant suivre à 100% les recommandations étaient 47%, le suivi des recommandations de 100 à 80% était de 31%, le suivi de 80 à 50% était de 19% et enfin les patient les suivant à moins de 50% étaient 3%.

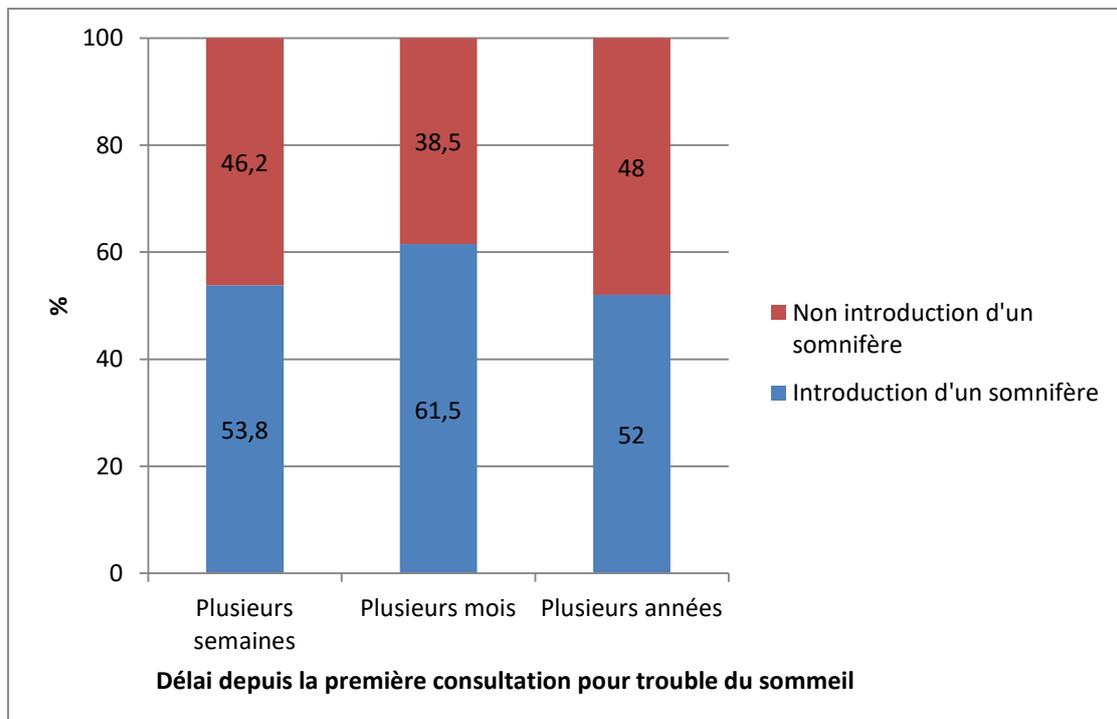
Sur les 18 patients ayant eu des somnifères lors de la première consultation alors qu'ils n'en souhaitaient pas, 17% en prenaient depuis quelques semaines, 11% depuis quelques mois et 72 % depuis plusieurs années.

	N	%/moy	ET*	médiane	Q1	Q3	min	max
<b>Date de première consultation</b>								
Plusieurs semaines	3	16,7						
Plusieurs mois	2	11,1						
Plusieurs années	13	72,2						

\* écart-type

Consultation de Méthodologie et Statistiques, HR, 04/07/2017

**Tableau 4 : Durée depuis la 1ère consultation chez les 18 patients ayant eu des somnifères après leur première consultation alors qu'ils n'en souhaitaient pas**



Total N= 101			Oui N=65 (64,4%)			Non N=5 (5,0%)			Partiellement N=31 (30,7%)			p**
N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
<b>Introduction des somnifères dès la fin de la première consultation</b>												0,6481
Non	47	46,5	28	59,6		3	6,4		16	34,0		
Oui	54	53,5	37	68,5		2	3,7		15	27,8		

\* Ecart-type

\*\* Test exact de Fisher

Consultation de Méthodologie et Statistiques, HR, 14/08/2017

**Tableau 5 : Lien entre l'introduction des somnifères à la première consultation et la satisfaction des patients**

Une p-value >0.05 n'indique pas de lien significatif entre l'introduction des somnifères à la fin de la première consultation et la satisfaction des patients.

Un test exact de Fisher n'a pas montré de lien significatif entre l'introduction des somnifères à la fin de la première consultation et la satisfaction des patients.

## **IV-DISCUSSION**

La finalité de cette étude était de comprendre les attentes des patients lors de leur première consultation pour des troubles du sommeil afin de mieux appréhender la prise en charge et de l'améliorer. Nous voulions également nous rendre compte des solutions proposées par les médecins traitant avant ou avec la prescription d'hypnotiques pour prendre en charge ces troubles du sommeil.

Ce travail a permis de mettre en évidence des divergences importantes entre les attentes des patients et les prises en charge proposées par les médecins traitant, une trop grande prescription d'hypnotiques dès la première consultation et une prise en charge se limitant souvent à des conseils sur les règles hygiéno-diététiques sans consultation dédiée.

Avant de faire une analyse et les propositions qui en découlent, nous allons tout d'abord examiner la représentativité de notre échantillon et les biais de notre étude.

### **4-1-Echantillons**

L'âge médian de la prise benzodiazépines hypnotiques en France est de 55 ans (7). Dans notre étude l'âge de médian est de 59 ans donc légèrement supérieur (Figure 2 : Répartition des âges).

La prévalence de sujets consommant des benzodiazépines hypnotiques et apparentées varie entre 5 et 10 % selon le sexe, elle augmente plus chez les femmes avec l'âge (environ 18 % de 70 à 75 ans, versus 11 % chez les hommes) (7).

59,3 % des patients consommant des benzodiazépines ou apparentés sont des femmes. Il n'y pas de données concernant uniquement la prise d'hypnotiques mais la proportion de prise d'hypnotiques dans l'ensemble des benzodiazépines semble être la même pour les deux sexes.

Dans notre étude, 66,3% des patients étaient des femmes. Nous pouvons expliquer cette différence en raison d'un âge médian supérieur à la normale ; la consommation d'hypnotiques augmentant plus fortement avec l'âge chez la femme.

### **4-2-Biais de l'étude**

#### **4-2-1-Biais de recrutement**

Le plus important de l'étude.

Nous avons recruté uniquement les patients sous hypnotiques ce qui exclut les patients ayant été traités de façon non médicamenteuse qui peuvent être nombreux, mais on peut

supposer que les conseils préalables donnés aux patients ayant eu des hypnotiques sont les mêmes que ceux n'en ayant pas eu.

Le recrutement chez cinq médecins généralistes n'a pas permis d'avoir l'ensemble des patients sous hypnotique. Ce recrutement ne représente que l'activité de ces médecins, mais le recrutement en pharmacie représente beaucoup plus de médecins. De plus notre échantillon n'est représentatif que de la Lorraine.

#### **4-2-2-Biais de sélection, biais de non réponse**

Même si le questionnaire était anonyme et qu'il devait être rempli sans la présence du médecin, on peut penser que les patients n'ont pas répondu tout à fait sincèrement au questionnaire de façon consciente ou non, en effet, une thèse sur l'état des lieux de l'attente des patients de médecine générale en matière d'éducation pour la santé montrait que la confiance des patients envers leur médecin traitant était très importante mais qu'elle avait pour effet pervers de perturber le sens critique du patient (18).

#### **4-2-3-Biais de mesure**

Il est représenté dans notre étude par un biais de subjectivité. En effet, l'ensemble des données ou résultats recueillis n'illustrent pas des vérités mais les opinions et ressentis des patients interrogés. Cela peut tout de même être intéressant de connaître le ressenti du patient sur sa prise en charge même si cela n'est pas un fait objectivable. Ceci doit être pris en compte lors de l'analyse des différents freins à l'étude.

La retrospectivité du questionnaire peut également entraîner des réponses erronées.

Le questionnaire a peut-être manqué de quelques cases de réponse libre, ou il aurait pu contenir une question ouverte sur les propositions d'amélioration mais cela aurait rendu plus difficile le recrutement.

### **4-3-Analyse des résultats**

#### **4-3-1-Attentes du patient**

Nous pouvons remarquer que près de 40% des patients attendaient un médicament uniquement lors de leur première consultation et au total 65% des patients attendaient au moins un médicament lors de leur première consultation pour des troubles du sommeil (Figure 6 : Attentes des patients).

Ce chiffre important montre que la plupart des patients souffrant de troubles du sommeil pensaient qu'une solution extérieure était nécessaire. Cette grande demande de médication peut être expliquée soit par un manque d'implication des patients dans leur propre santé

avec l'envie d'un traitement actif rapidement sans travail personnel, soit par un manque d'information et d'éducation au niveau de ce sujet. Malgré un enjeu de santé publique très important (19) ), il y a peu de campagne d'information et de prévention aux troubles du sommeil, on peut même penser à une désinformation en voyant la quantité de publicités vantant les bienfaits des médicaments (homéopathiques et phytothérapeutiques) pour le sommeil.

29% des patients attendaient des conseils uniquement, 54% des patients attendaient au moins un conseil. Cela signifie que malgré la grande demande de médicaments, il existe une demande importante de conseils.

Nous pouvons donc constaté que le médecin généraliste joue plusieurs grands rôles lors de la première consultation pour des troubles du sommeil :

- informer et éduquer les patients sur la médication, ses risques et sur le fait qu'il ne s'agit que d'une aide et non d'une solution afin de recentrer et d'impliquer plus le patient dans sa propre santé.

- répondre aux attentes des patients concernant les conseils avec une prise en charge adaptée.

#### **4-3-2-Solutions apportés par le médecin**

Le médecin a proposé lors des consultations (Figure 7 : Solutions apportées par le médecin:

- des conseils sur les règles hygiéno-diététiques dans 59% des cas,

- une nouvelle consultation dédiée aux troubles du sommeil dans 19% des cas,

- de faire un calendrier du sommeil dans 11% des cas,

- une TCC dans 7% des cas,

- de l'hypnose dans 1% des cas,

- de l'homéopathie/phytothérapie dans 23% des situations.

La grande proportion de conseil sur les règles hygiéno-diététiques montre la volonté des médecins d'éduquer leurs patients.

Au contraire, les autres solutions et aides thérapeutiques sont peu utilisées par le médecin :

La restriction du sommeil est une méthode qui consiste à réduire le temps passé au lit pour l'aligner sur le nombre d'heures estimées de sommeil effectif. Le rythme de sommeil avec un coucher lors de la fatigue et d'un levé toujours à la même heure est très important, or nous constatons une sous utilisation du calendrier du sommeil lors de seulement 11% des

consultations. Le calendrier est pourtant indispensable pour les méthodes thérapeutiques citées ci-dessus (20). De plus, à la question du nombre d'heures de sommeil par nuit en moyenne, 60% des patients dormaient plus de 5 heures par nuit sous hypnotique, il semble donc nécessaire de quantifier et d'analyser la qualité du sommeil par un calendrier du sommeil.

Selon une étude sur 256 médecins bretons (16), les troubles du sommeil sont souvent des plaintes secondaires lors des consultations et le manque de temps lors des consultations de médecine générale rendent indispensable une consultation dédiée aux troubles du sommeil.

Nous pouvons expliquer ce déficit de solution apportées par le médecin par un manque de temps lors des consultations et un manque de formation et de suivi des recommandations par les médecins.

#### **4-3-3-Solutions apportées par le médecin en fonction des attentes des patients, les conseils regroupant l'ensemble des prises en charges non médicamenteuses**

**Pour rappel (Tableau 2 :** Tableau croisé des attentes du patient et des solutions apportées par le médecin généraliste :

- Les patients attendant des conseils uniquement ont eu (N=29, Figure 9 : Prise en charge obtenue par les patients attendant des conseils uniquement):

-des conseils seuls dans 24% des cas,

-des somnifères seuls lors de la première consultation pour 27% des patients interrogés,

-au moins des conseils dans 69% des consultations,

-au moins des somnifères lors de la première consultation dans 52% des consultations.

- Les patients attendant des médicaments uniquement ont eu (N=40, Figure 10 : Prise en charge obtenue par les patients attendant des médicaments uniquement):

-des conseils seuls lors de la première consultation : 35%,

-des somnifères introduits à la première consultation seuls : 12.5%,

-au moins des conseils : 75%,

- au moins un somnifère lors de la première consultation : 57.5%.

- Les patients attendant des conseils et des médicaments ont eu (N = 25, Figure 11 : Prise en charge obtenue par les patients attendant des conseils et des médicaments):

-des conseils seuls : 28%,

- des somnifères seuls lors de la première consultation : 12%,
- des conseils et somnifères : 16%,
- des conseils, somnifères lors de la première consultation et homéopathie : 20%,
- au moins un conseil : 80%,
- au moins des somnifères lors de la première consultation : 50%.

**Il existe bien une divergence entre l'attente des patients lors de leur première consultation pour troubles du sommeil et les prises en charges proposées par le médecin, ce qui confirme notre première hypothèse surtout quant à la prise en charge médicamenteuse (52% des patients attendant uniquement des conseils ont eu des somnifères).**

De façon paradoxale, les patients attendant des médicaments ont bénéficié plus souvent de conseils que les patients attendant uniquement des conseils. Une thèse récente a montré que la prescription d'hypnotiques est le plus souvent associée à des conseils (16). L'introduction d'hypnotiques étant plus élevée chez les patients attendant des médicaments, nous pouvons expliquer ce paradoxe.

Les résultats montrent également que les patients attendant uniquement des conseils ont eu plus souvent une introduction de somnifères sans conseil associé.

Il existe malgré cela une convergence : les patients attendant au moins des conseils (N=54) ont eu moins d'introduction d'hypnotiques à la première consultation alors que les patients attendant des médicaments (N=65) ont eu une introduction de 55% à la première consultation contre 50% pour ceux n'en attendant pas.

La méconnaissance des attentes du patient peut entraîner une prise en charge opposée à celle attendue par le patient. Une attente médicamenteuse de la part des patients entraîne souvent une introduction précoce d'hypnotiques. Il y a donc une influence de l'attente du patient sur la prise en charge proposée par le médecin.

Il semble donc nécessaire que le médecin identifie immédiatement les attentes des patients lors de la première consultation afin de mieux s'adapter, de les éduquer et de les prendre en charge.

#### **4-3-4-Introduction d'hypnotiques à la première consultation**

Selon les recommandations de l'HAS, l'introduction et l'indication des hypnotiques doit être limitée au maximum et doit s'appuyer sur le type d'insomnie, le délai d'action du produit, l'état physiologique du patient, la prise en compte des effets résiduels, le type d'activité susceptibles d'être pratiquées par le patient au décours de la prise du produit, le risque d'effet rebond de l'insomnie, le risque d'interactions médicamenteuses. En 2006, la HAS

indiquait que : « en cas d'insomnie, le problème doit être abordé pour lui-même, éventuellement en consacrant une ou plusieurs consultations spécifiques ». La décision d'introduire des hypnotiques doit être réfléchi et adaptée au patient lors de la première consultation notamment en raison des nombreux effets secondaires et indésirables surtout chez les sujets âgés (21), (22), (23), (24), (25), et du risque d'addiction et des difficultés de sevrage que cela peut entraîner (26), (27), (28), (29), (30), . Or les chiffres de notre étude montrent une **introduction par les médecins généralistes des hypnotiques à la première consultation chez 53.5% des patients** (Figure 13 : Introduction de somnifère à la fin de la première consultation.

Nous pourrions expliquer ce chiffre élevé d'introduction à la première consultation dans le cadre de trouble du sommeil passagers suite à un traumatisme, une dépression, un manque de rythme dans le sommeil... or nous avons vu que 74.3% des patients inclus dans l'étude ont eu leur première consultation il y a plusieurs années (Figure 5 : Date de la première consultation . **Il y a donc un problème de sur-prescriptions d'hypnotiques à la première consultation.**

**Les médecins proposent en majorité les hypnotiques en première intention, ce qui infirme notre seconde hypothèse.**

Ce chiffre beaucoup trop élevé peut s'expliquer par :

-le manque de temps par les médecins généralistes de prendre en charge correctement les troubles du sommeil lors de la première consultation en raison souvent d'un co-motif de consultation et donc de choisir la solution de facilité que sont les hypnotiques,

-le manque de temps également pour revoir le patient en consultation dédiée aux troubles du sommeil,

-le manque d'éducation et d'adhésion des patients aux règles hygiéno-diététiques concernant les troubles du sommeil au vu de l'attente importante de médicaments lors de la première consultation (64.4%),

-le manque de formation des médecins aux troubles du sommeil. Dans l'étude sur les médecins bretons citée précédemment, un peu plus de 83,5% n'avaient jamais participé à une formation sur les thèmes : insomnie-éducation thérapeutique-sevrage des hypnotiques. En 2012, une étude qualitative, descriptive, par entretiens réalisée à Poitiers, avant-après une formation de sevrage des benzodiazépines dans le cadre de la FMC montrait que la formation induisait une diminution de la prescription d'hypnotiques et une augmentation de l'assurance des praticiens dans la prise en charge de l'insomnie (31).

Cependant, le pourcentage d'introduction d'hypnotiques à la première consultation semble être moins important chez les patients en prenant depuis des années : 52% contre 53.8%

chez les patients en prenant depuis plusieurs semaines et 61.5% chez les patients en prenant depuis plusieurs mois. Ceci s'explique probablement par le caractère aigu des situations traumatiques ayant nécessité une introduction précoce pour une action immédiate et un traitement de courte durée.

En 2005, l'Assurance Maladie indiquait qu'en 2004, la délivrance d'hypnotiques et de sédatifs remboursés avait augmenté de 1,7 % et que parallèlement plus de 110 millions d'euros avaient été remboursés pour les traitements hypnotiques et sédatifs (19). En comparaison à 92 millions d'euros en 2002 pour les traitements hypnotiques (32).

En 2010, une étude observationnelle montrait que le simple fait de discuter l'indication d'un traitement hypnotique était statistiquement associé à une durée de traitement plus courte (33). En voyant les chiffres importants du nombre de patients prenant des hypnotiques depuis plusieurs années dans notre étude, cela conforte l'importance des conseils lors de la première consultation.

Au vu de l'enjeu de santé publique majeur que représentent les troubles du sommeil et les traitements associés, nous pourrions imaginer une consultation de médecine générale dédiée, remboursée et avec une rémunération adaptée par la sécurité sociale.

Nous remarquons également la faible proportion de prise en charge par TCC ou hypnose (Figure 7 : Solutions apportées par le médecin (8% des patients) alors que cela peut représenter une bonne alternative ou solution complémentaire de la prise en charge de l'insomnie ou même du sevrage des hypnotiques. Plusieurs études plus ou moins récentes ont montré leur efficacité dans le sevrage des hypnotiques pour la TCC (34), (35), (36) ,et dans la prise en charge de l'insomnie pour l'hypnose (37), (38), (39), (40), (41), (42).

#### **4-3-5-Plusieurs propositions sont donc à retenir**

**Responsabiliser, investir et recentrer les patients sur eux-mêmes afin qu'ils comprennent qu'ils sont les premiers acteurs de leur santé.**

**Réaliser une campagne d'information des patients sur les troubles du sommeil avec la nécessité de consulter pour ce motif.**

**Proposer des formations aux médecins généralistes sur la prise en charge des insomnies.**

**Identifier les attentes des patients par le médecin afin d'effectuer une meilleure éducation et une meilleure prise en charge.**

**Créer une consultation dédiée, reconnue, rémunérée et remboursée pas la sécurité sociale sur recommandation de l'HAS.**

## V-CONCLUSION

L'objectif principal de cette thèse était d'évaluer la concordance entre l'attente des patients pour leur première consultation pour troubles du sommeil et la prise en charge effective afin de confirmer qu'il existait une divergence entre l'attente des patients et les prises en charge proposées par les médecins généralistes. L'objectif secondaire était d'étudier les prises en charge des patients qui consultent pour des troubles du sommeil afin d'en faire un état des lieux et de confirmer que les médecins généralistes prescrivaient les hypnotiques en seconde intention.

Il en découle que 40% des patients attendaient uniquement des médicaments et 65% attendaient au moins un médicament. 29% des patients attendaient des conseils uniquement, 54% des patients attendaient au moins un conseil. Les patients attendaient majoritairement des conseils mais aussi des médicaments. Il y avait donc un problème d'éducation à la santé et d'information des patients.

Concernant la prise en charge proposée par les médecins, on constate qu'ils donnaient majoritairement des conseils (près de 60%), mais les autres armes thérapeutiques non médicamenteuses étaient peu utilisées. Le calendrier du sommeil était proposé dans 11% des cas seulement. La seconde consultation dédiée n'était proposée que dans 19% dans cas alors qu'elle est fondamentale. Nous pouvons expliquer ce déficit par un manque de temps lors des consultations et un manque de formation et de suivi des recommandations.

Concernant la corrélation entre les attentes des patients et les solutions proposées par les médecins, nous avons remarqué que les patients qui attendaient des conseils ont eu moins d'introduction d'hypnotiques à la première consultation, alors que les patients qui attendaient des hypnotiques en ont eu plus souvent. Il y a donc une influence de l'attente du patient sur la prise en charge proposée par le médecin. Par contre 52% des patients attendant uniquement des conseils ont eu des somnifères ce qui confirme qu'il y avait bien une divergence entre les attentes du patients et la prise en charge. La méconnaissance des attentes du patient peut entraîner une prise en charge opposée et inadaptée.

Dans la population étudiée, les médecins ont introduit des hypnotiques à la première consultation dans 53.5% des cas. Nous pouvons expliquer cette sur-prescription par un manque de temps pour prendre en charge les troubles du sommeil notamment car il s'agit souvent d'un co-motif de consultation. Cette sur-prescription s'explique également par un manque d'éducation du patient au vu de la forte attente d'hypnotiques ce qui ne facilite pas la prise en charge. Enfin cela peut s'expliquer par un probable manque de formation des médecins aux troubles du sommeil.

Le manque d'information des patients sur la structure normale du sommeil et les mesures hygiéno-diététiques adaptées entraîne des attentes de solutions de facilité. Ces attentes semblent influencer sur la prescription du médecin. Par ailleurs, le manque de temps et de

formation des médecins à la prise en charge des troubles du sommeil amène à une trop grande prescription d'hypnotiques. Le patient et le médecin sont donc coresponsables de la prescription inadaptée d'hypnotiques.

Il découle de cette étude quatre propositions pour améliorer la situation :

- rendre les patients acteurs de leur santé,
- informer les patients sur le sommeil et les troubles du sommeil,
- former les médecins généralistes à la prise en charge des troubles du sommeil,
- mieux écouter les patients pour apporter une réponse plus adaptée,
- créer une consultation dédiée, reconnue, rémunérée et remboursée par la sécurité sociale sur recommandation de l'HAS.

Les troubles du sommeil étant un enjeu de santé public prioritaire pour la santé des patients et les coûts qu'ils engendrent, il semble nécessaire d'effectuer une étude à plus grande échelle pour confirmer ces résultats. Il serait également utile de faire un état des lieux de la formation des médecins sur la prise en charge des troubles du sommeil. Enfin, il serait intéressant d'étudier le niveau de connaissance des patients sur le sommeil et les troubles associés.

## VI-BIBLIOGRAPHIE

1. Yvan Touitou , Troubles du sommeil et hypnotiques, Impact médicaux et socio économiques. Disponible sur:  
[https://www.researchgate.net/profile/Yvan\\_Touitou/publication/256656773\\_Troubles\\_du\\_sommeil\\_et\\_hypnotiques\\_Impacts\\_medicaux\\_et\\_socio-economiques/links/58079b7608ae07cbaa54354b/Troubles-du-sommeil-et-hypnotiques-Impacts-medicaux-et-socio-economiques.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Yvan_Touitou/publication/256656773_Troubles_du_sommeil_et_hypnotiques_Impacts_medicaux_et_socio-economiques/links/58079b7608ae07cbaa54354b/Troubles-du-sommeil-et-hypnotiques-Impacts-medicaux-et-socio-economiques.pdf)
2. Y. Touitou, P. Ambroise-Thomas. Troubles du sommeil et hypnotiques : un vrai problème de santé publique. (Paris Ann Pharm Fr 2007; vol. 65 : 228-229).
3. SFTG - HAS (Service des recommandations professionnelles et service évaluation médico-économique et santé publique). Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale Décembre 2006 . Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc\\_sftg\\_insomnie\\_-\\_argumentaire\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_argumentaire_mel.pdf)
4. Blais FC, Morin CM, Boisclair A, Grenier V, Guay B. L'insomnie. Prévalence et traitement chez les patients consultant en médecine générale. Can Fam Physician. avr 2001;47:759-67.
5. Di Prizio AC, Rat C, Pivette J, Senard R. Étude sur les prescriptions d'hypnotiques sans consultation, France, exercer 2010;90 Suppl 1:56S-7S.
6. Expertise collective de l'Inserm. Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances Dossier de presse. octobre 2012.
7. AFSSAPS Janvier 2012. Etat des lieux de la consommation de Bzd en France [26/08/2014]. Disponible sur:  
[http://www.ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf](http://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf)
8. Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite | Legifrance. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000020690355>
9. Prescrire. Mauvais sommeil. Rev Prescrire Mars 2014 ; 34 (365) : 206-209.
10. Cooper KL, Relton C. Homeopathy for insomnia: a systematic review of research evidence. Sleep Med Rev 2010; 14(5):329-37.
11. Caroline Rouger, Séverine Derbré. Proposer les solutions de phytothérapie adaptées pour combattre les troubles du sommeil. Actualités Pharmaceutiques Décembre 2014 ; 53(541) :47-52.
12. HAS. Quelle place pour la mélatonine (Circadin®) dans le traitement de l'insomnie. Avis HAS novembre 2009 [15/01/2015]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-11/bat\\_web\\_fbum\\_circadin\\_cv\\_101109.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-11/bat_web_fbum_circadin_cv_101109.pdf)

13. Haute Autorité de Santé - CIRCADIN dans le traitement des troubles du rythme veille-sommeil de l'adulte. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_967008/circadin-dans-le-traitement-des-troubles-du-rythme-veille-sommeil-de-l-adulte](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_967008/circadin-dans-le-traitement-des-troubles-du-rythme-veille-sommeil-de-l-adulte)
14. Orienter et prendre en charge les troubles du sommeil. L'expérience du réseau morphée.. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/symphas-bmj\\_po277.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/symphas-bmj_po277.pdf)
15. DURET Fanny, FLORIO Dorothée. Attente des patients sur la prise en charge de leur insomnie chronique au sein de l'arc Alpin [thèse Med] Université de Grenoble, 2013.
16. Maelle Remy. Freins au sevrage des somnifères en médecine générale. De la découverte de l'insomnie, de la prescription d'hypnotique, à la réalisation du sevrage. Enquête quantitative auprès des médecins généralistes de la région Bretagne. 1 oct 2015;
17. Beck F, Richard J-B, Léger D. Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15–85ans). Rev Neurol (Paris). décembre 2013;169(12):956-64.
18. État des lieux de l'attente des patients de médecine générale en matière d'éducation pour la santé : étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs en sortie de consultation - document. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01488193/document>
19. Y. Touitou. Sleep. Disorders and hypnotic agents: medical, social and economical impact. Ann Pharm Fr 2007 ; 65:230-238.
20. U. KilicHuck, J. Chambe, C. Schroder et al... Éducation thérapeutique et sevrage en hypnotique. Évaluation d'une première formation aux professionnels de santé et de son application en médecine générale. Le congrès du sommeil ; 24 au 26 novembre 2011, Strasbourg, France : Elsevier ; 2012. In.
21. Malcolm Lader. Anxiety or depression during withdrawal of hypnotic treatments. Journal of Psychosomatic Research 1994; 38 Suppl 1:113-123.
22. Malcolm Lader, A practical guide to prescribing hypnotic benzodiazepines. British medical journal 25 october 1986; 293.
23. F. Onen. Insomnie du sujet âgé. Médecine du sommeil September 2005 ; 2 (5) :11–16.
24. Denis Richard, Jean-Louis Senon. Traitement de l'insomnie. Pharmacie clinique et thérapeutique (3ème édition entièrement revue) ; 2008 ; 40 : 825–836.
25. Prescrire. Hypnotiques chez les personnes âgées : trop d'effets indésirables Rev Prescrire 2007 ; 27 (288) : 751).
26. Peter Tyrer. Withdrawal from hypnotic drugs.ABC of Sleep Disorders 13 March 1993; 306:706-708.
27. O Benoit. Bénéfices et inconvénients des hypnotiques. Neurophysiol Clin 1991 ; 21 :245-265. In.

28. Busto U, Sellers EM, Naranjo CA, et al. Patterns of benzodiazepine abuse and dependence. *Br J Addict* 1986;81:87—94.
29. Anna c Higgitt, m h Lader, p Fonagy. Clinical management of benzodiazepine dependence. *British medical journal* 14 September 1985; 291: 688-690.
30. Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *CurrOpinPsychiatry* 2005;18(3):249-55.
31. Debaure Emilie. Sevrage en benzodiazépines hypnotiques et sujet âgé (auto-évaluation des pratiques en médecine générale après une formation), [thèse Med] Université de Poitier, 2012.
32. Mizrahi Andrée, MizrahiArié. Les consommateurs de somnifères», *Gérontologie et société* 2006 ;116:207-215.
33. Cédric Bat, Jean-Michel Nguyen, Jean-Paul Canévat. Observation du processus décisionnel en médecine générale. *Exercer* 2010;93:104-10.
34. N. Authier et al. Benzodiazepinedependence: Focus on withdrawal syndrome, *Annales Pharmaceutiques Françaises* 2009 ; 67 :408-413. In.
35. Charles M.Morin, Cheryl A Colechi, WillianD.Ling, Rakesh K Sood. Cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine Discontinuation Among Hypnotic-Dependent patients with Insomnia *Behavior Therapy Autumn* 1995; 26(4):733–745.
36. Kenneth L.Lichstein et al... Psychological treatment of hypnotic-dependent insomnia in a primarily older adult sample *Behaviour Research and Therapy* December 2013; 51(12):787-796.
37. Abramowitz EG, Barak Y, Ben-Avi I, Knobler HY. Hypnotherapy in the treatment of chronic combat-related PTSD patients suffering from insomnia: a randomized, zolpidem-controlled clinical trial. *Int J ClinExpHypn* 2008 Jul;56(3):270-80.
38. Becker PM. Chronic insomnia: outcome of hypnotherapeutic intervention in six cases. *Am J ClinHypn* 1993 Oct; 36(2):98-105.
39. Cordi MJ, Schlarb AA, Rasch B. Deepening sleep by hypnotic suggestion. *Sleep* 2014 Jun 1; 37(6):1143-52.
40. Anbar RD, Slothower MP. Hypnosis for treatment of insomnia in school-age children: a retrospective chart review. *BMC Pediatr* 2006 Aug 16; 6:23.
41. Stanton HE.Hypnotic relaxation and the reduction of sleep onset insomnia. *Int J Psychosom* 1989;36(1-4):64-8.
42. Pr J A D Anderson MD, E R Dalton, M A Basker. Insomnia and hypnotherapy, London, *Journal of the Royal Society of Medicine* October 1979; 72: 734-739.

# Annexe 1

---



**CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE**

**PLATEFORME D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE**

*Unité de Méthodologie, Datamanagement & Statistiques*

**CONSULTATION DE MÉTHODOLOGIE ET STATISTIQUES**



---

## **FAVRE\_C\_309**

**« ATTENTES ET PRISE EN CHARGE DES PATIENTS LORS DE LEUR PREMIERE  
CONSULTATION POUR DES TROUBLES DU SOMMEIL »**

## **RAPPORT STATISTIQUE N°5**

**Date : 14/08/2017**

**Auteur : Hélène Rousseau**

---

Ce rapport fait suite aux demandes formulées par mail le 03/07/2017.

# 1. Descriptif des données

**Tableau 1. Descriptif des données**

	N	%/moy	ET*	médiane	Q1	Q3	min	max
<b>Centre</b>								
Cabinet médecin	31	30,7						
Pharmacie	70	69,3						
<b>Sexe</b>								
Femme	67	66,3						
Homme	34	33,7						
<b>Age</b>	101	58,1	16,1	59,0	49,0	70,0	23,0	94,0
<b>Nombre d'heures de sommeil par nuit en moyenne</b>								
Plus de 7h	17	16,8						
De 5 à 7 heures	44	43,6						
De 3 à 5 heures	31	30,7						
Moins de 3h	9	8,9						
<b>Troubles du sommeil : Difficultés endormissement</b>								
Non	27	26,7						
Oui	74	73,3						
<b>Troubles du sommeil : réveils nocturnes</b>								
Non	51	50,5						
Oui	50	49,5						
<b>Troubles du sommeil : réveils matinaux</b>								
Non	90	89,1						
Oui	11	10,9						
<b>Date de première consultation</b>								
Plusieurs semaines	13	12,9						
Plusieurs mois	13	12,9						
Plusieurs années	75	74,3						
<b>Attente par rapport à la première consultation pour vos troubles du sommeil : conseils</b>								
Non	47	46,5						
Oui	54	53,5						
<b>Attente par rapport à la première consultation pour vos troubles du sommeil : médicaments</b>								
Non	36	35,6						
Oui	65	64,4						
<b>Attentes du patient de la consultation avec le médecin généraliste</b>								
Conseils	29	28,7						
Médicaments	40	39,6						
Conseils + médicaments	25	24,8						
Ni l'un ni l'autre	7	6,9						
<b>Introduction des somnifère dès la fin de la première consultation</b>								
Non	47	46,5						
Oui	54	53,5						
<b>Solutions proposées par le médecin : conseils sur l'hygiène de vie</b>								
Non	41	40,6						
Oui	60	59,4						
<b>Solutions proposées par le médecin : nouvelle consultation uniquement pour les troubles du sommeil</b>								
Non	82	81,2						
Oui	19	18,8						
<b>Solutions proposées par le médecin : faire un calendrier du sommeil</b>								
Non	90	89,1						
Oui	11	10,9						

**Tableau 1. Descriptif des données**

	N	%/moy	ET*	médiane	Q1	Q3	min	max
<b>Solutions proposées par le médecin : thérapie cognitive et comportementale</b>								
Non	94	93,1						
Oui	7	6,9						
<b>Solutions proposées par le médecin : hypnose</b>								
Non	100	99,0						
Oui	1	1,0						
<b>Solutions proposées par le médecin : homéopathie / phytothérapie</b>								
Non	78	77,2						
Oui	23	22,8						
<b>Satisfaction de la réponse apportée par le médecin à la première consultation</b>								
Oui	65	64,4						
Non	5	5,0						
Partiellement	31	30,7						
<b>Suivi des recommandations de votre à</b>								
100%	48	47,5						
100% à 80%	31	30,7						
80% à 50%	19	18,8						
<50%	3	3,0						

\* écart-type

Consultation de Méthodologie et Statistiques, HR, 06/06/2017

## 2. Tableaux croisés des attentes du patient et des solutions apportées par le médecin

### 2.1 Regroupement des solutions apportées par le médecin : Conseils, homéopathie, somnifère et autre

Dans ce tableau, les solutions apportées par le médecin ont été regroupées en 4 classes :

- Conseils = conseils sur l'hygiène de vie / nouvelle consultation spécifique / calendrier du sommeil
- Homéopathie = homéopathie / phytothérapie
- Somnifère = Somnifère
- Autre =Hypnose / thérapie cognitive et comportementale

**Tableau 2.1 Tableau croisé des attentes du patient et des solutions apportées par le médecin généraliste**

	Total N= 101			Conseils N=29 (28,7%)			Médicaments N=40 (39,6%)			Conseils + médicaments N=25 (24,8%)			Ni l'un ni l'autre N=7 (6,9%)		
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*
<b>Solutions apportées par le médecin</b>															
Aucune solution	8	7,9		2	6,9		2	5,0		1	4,0		3	42,9	
Homéopathie	2	2,0		2	6,9		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Autre	1	1,0		1	3,4		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Conseils	25	24,8		4	13,8		14	35,0		6	24,0		1	14,3	
Somnifère	15	14,9		5	17,2		5	12,5		3	12,0		2	28,6	
Autre + homéopathie	1	1,0		0	0,0		0	0,0		1	4,0		0	0,0	
Conseils+ Autre	3	3,0		2	6,9		0	0,0		1	4,0		0	0,0	
Conseils + homéopathie	6	5,9		3	10,3		1	2,5		2	8,0		0	0,0	
Somnifère +	4	4,0		0	0,0		3	7,5		1	4,0		0	0,0	

**Tableau 2.1 Tableau croisé des attentes du patient et des solutions apportées par le médecin généraliste**

	Total N= 101			Conseils N=29 (28,7%)			Médicaments N=40 (39,6%)			Conseils + médicaments N=25 (24,8%)			Ni l'un ni l'autre N=7 (6,9%)		
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*
homéopathie Somnifère + conseils	25	24,8		9	31,0		12	30,0		3	12,0		1	14,3	
Conseils + homéopathie + autre	1	1,0		0	0,0		0	0,0		1	4,0		0	0,0	
Somnifère + conseils + homéopathie	8	7,9		0	0,0		3	7,5		5	20,0		0	0,0	
Somnifère + conseils + autre	1	1,0		0	0,0		0	0,0		1	4,0		0	0,0	
Somnifère + conseils + homéopathie + autre	1	1,0		1	3,4		0	0,0		0	0,0		0	0,0	

\* Ecart-type

Consultation de Méthodologie et Statistiques, HR, 19/06/2017

## 2.2 Regroupement des solutions apportées par le médecin : Conseils, médicaments et autre

Dans ce tableau, les solutions apportées par le médecin ont été regroupées en 3 classes :

- Conseil = conseils sur l'hygiène de vie / nouvelle consultation spécifique / calendrier du sommeil
- Médicaments = Somnifère/ homéopathie / phytothérapie
- Autre =Hypnose / thérapie cognitive et comportementale

**Tableau 2.2 Tableau croisé des attentes du patient et des solutions apportées par le médecin généraliste**

	Total N= 101			Conseils N=29 (28,7%)			Médicaments N=40 (39,6%)			Conseils + médicaments N=25 (24,8%)			Ni l'un ni l'autre N=7 (6,9%)		
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*
<b>Solutions apportées par le médecin</b>															
Aucune solution	8	7,9		2	6,9		2	5,0		1	4,0		3	42,9	
Autre	1	1,0		1	3,4		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Conseils	25	24,8		4	13,8		14	35,0		6	24,0		1	14,3	
Médicaments	21	20,8		7	24,1		8	20,0		4	16,0		2	28,6	
Conseils+	3	3,0		2	6,9		0	0,0		1	4,0		0	0,0	
Autre															
Médicaments + Autre	1	1,0		0	0,0		0	0,0		1	4,0		0	0,0	
Médicaments + conseils	39	38,6		12	41,4		16	40,0		10	40,0		1	14,3	
Médicaments + Conseils + Autre	3	3,0		1	3,4		0	0,0		2	8,0		0	0,0	

\* Ecart-type

Consultation de Méthodologie et Statistiques, HR, 19/06/2017

## 2.3 Regroupement des solutions apportées par le médecin : Conseils/autres, homéopathie et somnifère

Dans ce tableau, les solutions apportées par le médecin ont été regroupées en 3 classes :

- Conseils/Autres = conseils sur l'hygiène de vie / nouvelle consultation spécifique / calendrier du sommeil / Hypnose / thérapie cognitive et comportementale
- Homéopathie = homéopathie / phytothérapie
- Somnifère = Somnifère

**Tableau 2.3 Tableau croisé des attentes du patient et des solutions apportées par le médecin généraliste**

	Total N= 101			Conseils N=29 (28,7%)			Médicaments N=40 (39,6%)			Conseils + médicaments N=25 (24,8%)			Ni l'un ni l'autre N=7 (6,9%)		
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*
<b>Solutions apportées par le médecin</b>															
Aucune solution	8	7,9		2	6,9		2	5,0		1	4,0		3	42,9	
Homéopathie	2	2,0		2	6,9		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Conseils/Autres	29	28,7		7	24,1		14	35,0		7	28,0		1	14,3	
Somnifères	15	14,9		5	17,2		5	12,5		3	12,0		2	28,6	
Conseils/Autres + homéopathie	8	7,9		3	10,3		1	2,5		4	16,0		0	0,0	
Somnifères + conseils/autres	26	25,7		9	31,0		12	30,0		4	16,0		1	14,3	
Somnifères + homéopathie	4	4,0		0	0,0		3	7,5		1	4,0		0	0,0	
Somnifères + conseils/autres + homéopathie	9	8,9		1	3,4		3	7,5		5	20,0		0	0,0	

\* Ecart-type

\*\* Test du Chi-2

Consultation de Méthodologie et Statistiques, HR, 04/07/2017

## 2.4 Regroupement des solutions apportées par le médecin : Conseils/autres et médicaments

Dans ce tableau, les solutions apportées par le médecin ont été regroupées en 2 classes :

- Conseil/ Autre = conseils sur l'hygiène de vie / nouvelle consultation spécifique / calendrier du sommeil / Hypnose / thérapie cognitive et comportementale
- Médicaments = Somnifère/ homéopathie / phytothérapie

**Tableau 2.4 Tableau croisé des attentes du patient et des solutions apportées par le médecin généraliste**

	Total N= 101			Conseils N=29 (28,7%)			Médicaments N=40 (39,6%)			Conseils + médicaments N=25 (24,8%)			Ni l'un ni l'autre N=7 (6,9%)		
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*
<b>Solutions apportées par le médecin</b>															
Aucune solution	8	7,9		2	6,9		2	5,0		1	4,0		3	42,9	
Conseils/Autres	29	28,7		7	24,1		14	35,0		7	28,0		1	14,3	
Médicaments	21	20,8		7	24,1		8	20,0		4	16,0		2	28,6	
Conseils/Autres + médicaments	43	42,6		13	44,8		16	40,0		13	52,0		1	14,3	

\* Ecart-type

\*\* Test du Chi-2

Consultation de Méthodologie et Statistiques, HR, 04/07/2017

### 3. Durée depuis la 1<sup>ère</sup> consultation

#### 3.1 Chez les 18 patients ayant eu des somnifères après leur première consultation alors qu'ils n'en souhaitaient pas

**Tableau 3.1** Durée depuis la 1<sup>ère</sup> consultation chez les 18 patients ayant eu des somnifères après leur première consultation alors qu'ils n'en souhaitaient pas

	N	%/moy	ET*	médiane	Q1	Q3	min	max
<b>Date de première consultation</b>								
Plusieurs semaines	3		16,7					
Plusieurs mois	2		11,1					
Plusieurs années	13		72,2					

\* écart-type

Consultation de Méthodologie et Statistiques, HR, 04/07/2017

#### 3.2 Chez les 54 patients ayant eu des somnifères après leur première consultation

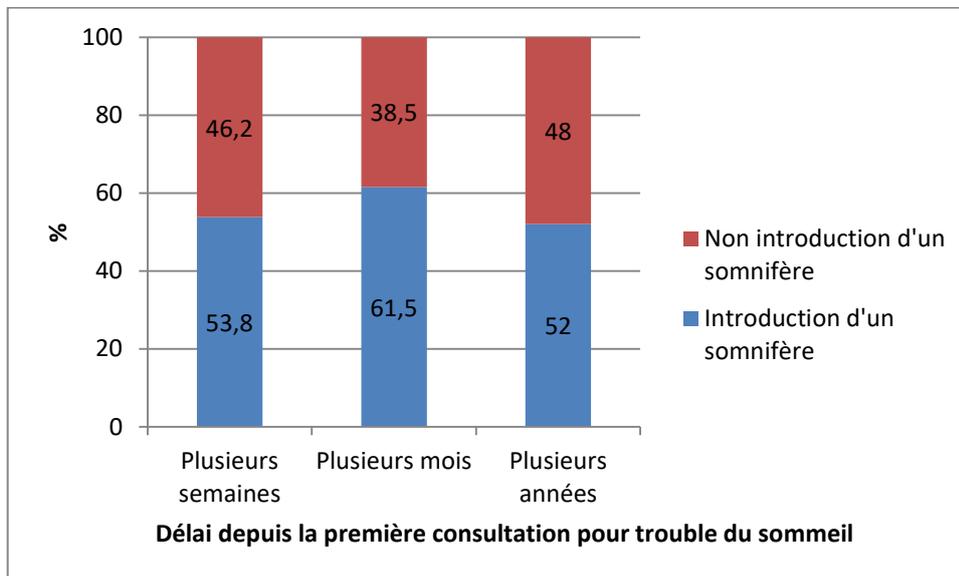
**Tableau 3.2** Durée depuis la 1<sup>ère</sup> consultation chez les 54 patients ayant eu des somnifères après leur première consultation

	N	%/moy	ET*	médiane	Q1	Q3	min	max
<b>Date de première consultation</b>								
Plusieurs semaines	7		13,0					
Plusieurs mois	8		14,8					
Plusieurs années	39		72,2					

\* écart-type

Consultation de Méthodologie et Statistiques, HR, 04/07/2017

#### 4. Graphique : % introduction des somnifères selon le délai depuis la première consultation



## 5. Lien entre l'introduction de somnifères à la première consultation et la satisfaction des patients

**Tableau 5. Lien entre l'introduction des somnifères à la première consultation et la satisfaction des patients**

Total N= 101		Oui N=65 (64,4%)		Non N=5 (5,0%)		Partiellement N=31 (30,7%)			
N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
<b>Introduction des somnifères dès la fin de la première consultation</b>									
Non	47	46,5	28	59,6	3	6,4	16	34,0	0,6481
Oui	54	53,5	37	68,5	2	3,7	15	27,8	

\* Ecart-type

\*\* Test exact de Fisher

Consultation de Méthodologie et Statistiques, HR, 14/08/2017

Une p-value >0.05 n'indique pas de lien significatif entre l'introduction des somnifères à la fin de la première consultation et la satisfaction des patients.

---

## RESUME DE LA THESE

**Introduction :** Les troubles du sommeil sont les symptômes cliniques les plus fréquemment évoqués en consultation. C'est un enjeu de santé publique important. Il y a peu de données dans la littérature sur les attentes du patient de ces consultations. Identifier celles-ci pourrait permettre une meilleure prise en charge. Tout en étudiant les prises en charges proposées dans les faits.

**Matériel et Méthode :** La question principale de recherche était d'évaluer la concordance entre l'attente des patients et la prise en charge effective. La question secondaire était d'étudier la prise en charge de ces patients. Le critère d'inclusion est la prise hypnotique sans critère d'exclusion. Un questionnaire anonyme a permis de recruter les patients pour cette étude observationnelle.

**Résultats :** Au total, 101 patients ont répondu au questionnaire. 70 patients recrutés à la pharmacie et 31 patients au cabinet médical. La population est de 67 femmes et 34 hommes avec une médiane d'âge de 59 ans.

Concernant les attentes des patients : 28.7% des conseils uniquement, 39.6% un médicament uniquement, 24.8% des conseils et des médicaments, 6.9% rien en particulier.

Concernant les solutions apportées: 59.4% des conseils sur l'hygiène de vie, 18.8% une consultation dédiée aux troubles du sommeil, 18.8% des calendriers du sommeil.

Concernant la concordance : les patients attendant des conseils uniquement ont eu au moins des conseils (69%), au moins des somnifères (52%). Les patients attendant des médicaments uniquement ont eu au moins des conseils pour 75%, au moins un somnifère pour 57.5%.

**Discussion :** L'étude montrait qu'il y avait un problème d'information et de responsabilisation des patients vis-à-vis de leur santé. Les médecins généralistes ont souvent proposé des conseils mais ils ont eu recours trop peu de fois à d'autres outils thérapeutiques.

Il existait bien une divergence entre l'attente des patients et les prises en charge (des patients attendant des conseils ont eu des somnifères). Il existait également des convergences : les patients attendant des conseils ont eu moins d'introduction d'hypnotique et les patients attendant des médicaments ont eu une plus forte introduction. Il existe une influence de l'attente du patient sur la prise en charge proposée.

L'introduction d'hypnotique lors de la première consultation est beaucoup trop élevée (53.5%).

**Conclusion :** Les patients attendent des conseils en majorité mais aussi trop souvent des médicaments. L'information et la responsabilisation des patients est donc nécessaire.

Il y avait bien une divergence entre l'attente du patient et la prise en charge proposée. Les médecins donnent souvent des conseils mais n'utilisent pas suffisamment les autres outils thérapeutiques. Ils prescrivent également trop d'hypnotiques lors de la première consultation. Cela est probablement expliqué par un manque de temps et de formation.

---

**TITRE EN ANGLAIS :** Patients' expectations of their first consultation for sleep disorders in general practice

---

**THESE :** MEDECINE GENERALE – ANNEE 2017

---

**MOTS CLES :** troubles du sommeil, insomnie, attente des patients, médecine générale, hypnotiques

---

## INTITULE ET ADRESSE

UNIVERSITÉ DE LORRAINE  
Faculté de Médecine de Nancy  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

---